UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

MÔNICA LIMA FRANÇA

**Qualidade de vida e fatores associados em idosos
institucionalizados e não institucionalizados do município de
Agudos, São Paulo**

BAURU
2013

MÔNICA LIMA FRANÇA

**Qualidade de vida e fatores associados em idosos
institucionalizados e não institucionalizados do município de
Agudos, São Paulo**

Dissertação apresentada a Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo para obtenção do título de mestre em Ciências Odontológicas Aplicadas, Área de Concentração Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Magali de Lourdes Caldana

Versão corrigida

BAURU
2013

Ar12d França, Mônica Lima
Qualidade de vida e fatores associados em
idosos institucionalizados e não institucionalizados
do município de Agudos, São Paulo / Mônica Lima
França – Bauru, 2013.
120 p. : il. ; 30cm.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de
Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo

Orientadora: Profa. Dra. Magali de Lourdes
Caldana

Nota: A versão original desta dissertação encontra-se disponível no Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Odontologia de Bauru – FOB/USP.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação/tese, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura:

Data:

Comitê de Ética da FOB-USP
Protocolo nº: 35939/2012
Data: 30/05/2012

DEDICATÓRIA

À *Deus* pela força, sabedoria e proteção concedidas durante minha vida acadêmica, abrindo portas, contornando os obstáculos e auxiliando no meu aprendizado.

Aos meus pais *Cristiane e Silvio* por buscarem me ensinar grandes valores, incentivando meus estudos e respaldando minhas decisões com apoio e amor incondicionais.

Aos meus avós *Laudicea e Manoel*, por serem meu porto seguro, a quem admiro pelo exemplo, humildade e amor que dedicam à nossa família.

Aos meus irmãos *Nicole, Angela e Silvio Neto*, pela amizade e confiança. Espero conseguir estar sempre presente, mesmo que nem sempre fisicamente, apoiando, ensinando e participando dos momentos importantes.

Ao meu namorado *Caio*, pelo amor, companheirismo, paciência e participação ao longo desta jornada. Obrigada por acreditar em mim e pelo lindo futuro que estamos começando a construir.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora *Profa. Dra. Magali de Lourdes Caldana* agradeço pelos ensinamentos, conselhos, amizade e pela confiança depositada. Obrigada por todas as lições e experiências, tão importantes para o meu amadurecimento pessoal e profissional.

Ao *Prof. Dr. José Roberto de Magalhães Bastos*, por toda a sabedoria compartilhada, incentivos, confiança e alegre convívio.

À *Profa. Dra. Wanderléia Quinhoneiro Blasca* e *Profa. Dra. Sílvia Helena de Carvalho Sales Peres* pelas importantes contribuições no meu Exame Geral de Qualificação.

Aos *professores do Departamento de Saúde Coletiva da FOB/USP* pelos valiosos conhecimentos transmitidos ao longo deste curso e disposição em auxiliar em todos os momentos.

Aos *professores do Departamento de Fonoaudiologia da FOB/USP* pela contribuição na minha formação acadêmica.

Às funcionárias do Departamento de Saúde Coletiva, *Rosa, Sílvia e Marta*, pelo respeito, compromisso e atenção desde a minha chegada no Departamento.

À *Secretaria Municipal de Saúde do município de Agudos-SP* e aos coordenadores do “*Abriço Vicentino de Agudos*” pela confiança depositada e apoio no desenvolvimento do projeto.

À *Capes* pelo suporte financeiro ao longo do desenvolvimento deste estudo.

À amiga *Ariadnes (Dine)* que fez despertar meu interesse pela Saúde Coletiva e tem estado presente me apoiando em todos os momentos, tanto profissionais quanto pessoais. Sua amizade é um presente, obrigada por todo companheirismo, conselhos, compreensão e carinho que certamente fizeram os meus dias mais amenos e felizes.

Aos amigos *Ewelyn, Marquinhos, Dine, Dé, Manoela, Rafa, Matheus, Othon, Juliana e Thiago (Mineiro)*, pela amizade, torcida, companheirismo e por terem se tornado minha família em Bauru.

Às amigas *Natália Favoretto, Ewelyn, Mariane, Marinna e Mariana (Mazinha)* a quem agradeço toda a *XX Turma de Fonoaudiologia da FOB/USP* pelo convívio agradável e por acreditarem e me incentivarem a seguir a carreira docente.

À *Cris, Dine, Elen, Aline, Natália, Gessyka e Rafa* por proporcionarem dias de trabalho mais leves e prazerosos e me auxiliarem a todo o momento nesta caminhada.

À *Angela, Adriana, Andrea, Maristela, Thaísa, Joana e demais companheiros de Mestrado*, pelos bons momentos, auxílios prestados e conhecimentos compartilhados.

RESUMO

Conforme os anos se passam, maior é o número de idosos e maiores são suas perspectivas de vida, evidencia-se a importância de garantir aos idosos não só uma sobrevida maior, mas também uma boa qualidade de vida. À medida que um indivíduo envelhece, sua qualidade de vida é fortemente determinada por sua habilidade de manter autonomia e independência. O objetivo deste trabalho foi caracterizar a qualidade de vida em idosos institucionalizados e não institucionalizados do município de Agudos (SP) e a sua relação com os fatores associados. A amostra foi composta por 30 idosos, sendo 15 institucionalizados e 15 idosos não institucionalizados do município de Agudos (SP), de ambos os sexos e idade mínima de 60 anos. Os sujeitos foram pareados quanto ao gênero e idade. Os instrumentos utilizados foram: Questionário de análise socioeconômica (Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB); Questionário sobre os aspectos de saúde geral; Protocolo para avaliar capacidade funcional – Índice de Katz; Inventário de Depressão de Beck; e o Protocolo de Qualidade de Vida para Idosos “WHOQOL-OLD”. Como resultados pode-se observar escores inferiores para os idosos institucionalizados frente aos não institucionalizados para todos os fatores investigados: saúde geral – principalmente hipertensão, uso de medicamentos e queixas de memória - , capacidade funcional, depressão e qualidade de vida. Para qualidade de vida, a faceta que obteve melhor escore foi “Morte e Morrer”, com 80,84 para os institucionalizados e 78,33 para não institucionalizados, e a de pior escore foi “Autonomia”, com 57,92 e 58,75 para o primeiro e segundo grupo. Considerando a análise estatística, os sintomas depressivos são os que interferem de maneira significativa ($p=0,0211$) na qualidade de vida dos idosos institucionalizados. Tendo em vista os princípios da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, faz-se necessária uma reestruturação e implementação de novos programas de promoção e prevenção de agravos que acometem a velhice, como a hipertensão e depressão, visando uma melhor qualidade de vida para esta população.

Palavras-chave: Qualidade de Vida, Idoso, Envelhecimento, Depressão, Instituição de longa permanência para idosos

ABSTRACT

Quality of life and associated factors in institutionalized and non-institutionalized elderly in Agudos, São Paulo

As the years pass, the greater the number of older and larger are their life prospects in Brazil and the world, before this fact it's very important to ensure the elderly not only increased survival but also good quality life. As an individual ages, their quality of life is largely determined by its ability to maintain autonomy and independence. The objective of this study was to characterize the quality of life in institutionalized and non-institutionalized elderly in Agudos, state of São Paulo and it's relation with associated factors. The sample consisted of 30 elderly, 15 institutionalized and 15 noninstitutionalized elderly in Agudos (SP) for both sexes and more than 60 years. The individuals were matched for gender and age. The instruments used were: Questionnaire of socioeconomic analysis (Economic Classification Criterion Brazil - CCEB); Questionnaire of aspects of general health; Katz Index; Beck Depression Inventory; and the Quality of Life Protocol for Seniors WHOQOL-OLD. The results show lower scores for institutionalized elderly compared to non-institutionalized for all investigated factors: general health – especially hypertension, medication use and memory complaints - , functional capacity, depression and quality of life. For quality of life, the domain that had the best score was "Death and Dying", with 80,84 for institutionalized and 78,33 for non-institutionalized, and the worst score was "Autonomy" with 57,92 and 58,75 for the first and second group. Considering the statistical analysis, depressive symptoms are interfering in a significant way ($p=0,0211$) in the quality of life of institutionalized elderly. In view of the principles of the National Health Policy for Older Persons, it is necessary restructuring and to implement new programs of health promotion and prevention of diseases that affect the elderly, such as hypertension and depression, to improve the quality of life for this population.

Key words: Quality of life, Aged, Aging, Depression, Homes for the aged

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Localização do município de Agudos.....	60
Figura 2	O município de Agudos	60
Figura 3	“Abrigo Vicentino de Agudos”	61
Figura 4	“Festival da Melhor Idade”	62
Figura 5	Fluxograma referente aos números de participantes da amostra.....	63
Figura 6	Nível socioeconômico dos idosos não institucionalizados.....	74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Sistema de pontos do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB).....	67
Tabela 2 -	Sistema de pontos do Inventário de Depressão de Beck (BDI).....	68
Tabela 3 -	Caracterização da amostra quanto à idade.....	73
Tabela 4 -	Grau de instrução do chefe da família dentre os idosos institucionalizados e não institucionalizados.....	75
Tabela 5 -	Queixas relacionadas ao estado de Saúde Geral entre os idosos institucionalizados.....	76
Tabela 6 -	Queixas relacionadas ao estado de Saúde Geral entre os idosos não institucionalizados.....	76
Tabela 7 -	Classificação dos sintomas depressivos segundo o Inventário de Depressão de Beck (BDI).....	78
Tabela 8 -	Escore das facetas do WHOQOL-OLD segundo análise estatística descritiva.....	79
Tabela 9 -	Correlação entre as variáveis Saúde Geral e Qualidade de Vida	81
Tabela 10 -	Correlação entre as variáveis Análise Socioeconômica, Aspectos Depressivos e Capacidade Funcional e a Qualidade de Vida.....	82

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
QV	Qualidade de Vida
WHOQOL	World Health Organization of Quality of Life
WHOQOL-100	World Health Organization of Quality of Life-100
WHOQOL-BREF	World Health Organization of Quality of Life-BREF
WHOQOL-OLD	World Health Organization of Quality of Life-OLD
ISA-SP	Inquérito de Saúde do Estado de São Paulo
SF-36	Short Form-36
PSF	Programa Saúde da Família
FOB	Faculdade de Odontologia de Bauru
USP	Universidade de São Paulo
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
I	Institucionalizado
NI	Não institucionalizado
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	33
2	REVISÃO DE LITERATURA	39
2.1	O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO.....	39
2.2	QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS.....	41
2.3	O IDOSO INSTITUCIONALIZADO.....	45
2.4	DEPRESSÃO NO IDOSO.....	47
2.5	POLÍTICAS DE SAÚDE PARA O IDOSO.....	49
3	PROPOSIÇÃO	55
4	MATERIAL E MÉTODOS	59
4.1	ASPECTOS ÉTICOS	59
4.2	SELEÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	59
4.2.1	Locais de Coleta.....	59
4.2.2	Crterios de seleção dos participantes.....	61
4.3	CASUÍSTICA.....	63
4.4	COLETA DE DADOS.....	64
4.4.1	Questionário de análise socioeconômica.....	64
4.4.2	Entrevista sobre os aspectos de saúde geral.....	67
4.4.3	Escala de Capacidade Funcional – Índice de Katz.....	67
4.4.4	Questionário de identificação de sintomas depressivos – Inventário de Depressão de Beck.....	68
4.4.5	Protocolo de Qualidade de Vida (WHOQOL-OLD).....	69
4.5	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS.....	70
5	RESULTADOS	73
5.1	ANÁLISE SOCIOECONÔMICA.....	73
5.2	ESTADO DE SAÚDE GERAL.....	75
5.3	CAPACIDADE FUNCIONAL.....	77
5.4	ASPECTOS DEPRESSIVOS.....	77
5.5	QUALIDADE DE VIDA.....	78
5.6	ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA E FATORES ASSOCIADOS...	80
6	DISCUSSÃO.....	85

7	CONCLUSÕES.....	95
	REFERÊNCIAS.....	99
	ANEXOS.....	107
	ANEXO A – TERMO DE AQUIESCÊNCIA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUDOS.....	107
	ANEXO B – TERMO DE AQUIESCÊNCIA DO ABRIGO VICENTINO DE AGUDOS.....	108
	ANEXO C – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA...	109
	ANEXO D – TERMO DE CONSCIENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	111
	ANEXO E – CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL.....	112
	ANEXO F – ESTADO DE SAÚDE GERAL.....	113
	ANEXO G – ÍNDICE DE KATZ.....	114
	ANEXO H – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK.....	116
	ANEXO I – WHOQOL-OLD.....	118

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento consiste na deterioração lenta e progressiva das diversas funções orgânicas, que podem ou não ser imprescindíveis para a manutenção da vida (GOLDFARB, 1997). Esse processo é inevitável e pode-se dizer que se inicia no momento do nascimento e termina com a morte. Assim, o termo envelhecimento não é sinônimo de velhice, no entanto, um conceito depende do outro. Grande parte das vezes, uma velhice com qualidade dependerá de alguns fatores diretamente relacionados ao estilo de vida (ENCENHA et al., 2006).

O Brasil vem experimentando intensas transformações na sua estrutura populacional, tendo-se verificado um aumento na expectativa de vida ao nascer, que passou de 45,9 anos em 1950 para 68,5 anos em 2000, refletindo o processo de envelhecimento da população, com aumentos contínuos e significativos na proporção de indivíduos com idade superior a 60 anos (CARMO, BARRETO e SILVA, 2003).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), até 2025 o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). Este grande crescimento implica em modificações nos serviços de saúde, assistência social, cultura, economia e também na estrutura familiar, o que desencadeia uma incerteza dos cuidados a serem dispendidos com esta faixa populacional.

De acordo com a legislação brasileira, o cuidado com os idosos deve ser de responsabilidade das famílias. No entanto, em decorrência da redução do número de filhos e da crescente participação da mulher no mercado de trabalho, esta responsabilidade tem sido dividida com o Estado e o mercado privado, tornando-se uma opção inserir o idoso em uma instituição (CAMARANO e KANSO, 2010).

Perante esta realidade observa-se que conforme os anos se passam, e aumentam o número de idosos na sociedade, demonstra-se de grande importância garantir a estes indivíduos não só uma sobrevida maior, mas também uma boa qualidade de vida.

A qualidade de vida tem sido preocupação constante do ser humano, desde o início de sua existência e constitui um compromisso pessoal para busca contínua de uma vida saudável, desenvolvida à luz de um bem-estar indissociável

das condições do modo de viver, como: saúde, moradia, educação, lazer, transporte, liberdade, trabalho, autoestima, entre outras (SANTOS et al., 2002).

A OMS (1994) define qualidade de vida como a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente. À medida que um indivíduo envelhece, sua qualidade de vida é fortemente determinada por sua habilidade de manter autonomia e independência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

As possibilidades de envelhecimento estão relacionadas à adaptação do idoso às mudanças físicas, psicológicas e sociais, bem como ao acesso a condições dignas de vida e renda. Esse acesso, inclusive, poderá ser um fator determinante da qualidade com que se vai envelhecer (FELICIANO, MORAES e FREITAS, 2004).

Com o processo de envelhecimento, o idoso é submetido a alterações físicas e fisiológicas, sensoriais e de memória, mas também mudanças de âmbito social, como aposentadoria, dificuldades financeiras, viuvez, isolamento e perda de autonomia. A partir deste novo quadro, alguns transtornos psicológicos podem se tornar presentes, como a angústia, ansiedade e depressão.

O mais comum entre os transtornos psicológicos é a depressão, considerada um problema de saúde que atinge todas as idades. Consiste em um distúrbio de natureza multifatorial da área afetiva ou do humor, exercendo forte impacto funcional envolvendo inúmeros aspectos de ordem biológica, psicológica e social (CARREIRA et al., 2011). Apresentando perda de peso, sentimento de culpa, ideias suicidas, hipocondria, queixa de dores e eventualmente psicose, como algumas de suas características que mais se destacam (MORAES et al., 2007). Entretanto acredita-se que existem diferenças de sintomatologia para o idoso em comparação com as outras idades. Nos idosos os sintomas somáticos ou hipocondríacos apresentam-se de maneira mais frequentes, havendo menos antecedentes familiares de depressão e pior resposta ao tratamento (GARCIA et al., 2006).

Em relação à capacidade funcional, o idoso experimenta limitações progressivas em seu cotidiano, afetando sua independência e autonomia. O

comprometimento dessa funcionalidade tem consequências importantes para a vida do próprio idoso, para a família, a comunidade, para o sistema de saúde, pois a incapacidade irá gerar uma maior vulnerabilidade e dependência na velhice (Murakami e Scattolin, 2010).

Diante disto, avaliar a influência das condições socioeconômicas, de saúde geral e mental e a capacidade funcional na qualidade de vida de idosos torna-se de grande relevância científica e social (TORRES, REIS e FERNANDES, 2009), pois permite que este levantamento de dados possa fornecer informações sobre o perfil de envelhecimento do município com intuito de incentivar intervenções para o aprimoramento da qualidade de vida e bem-estar dos idosos.

Considerando-se que a estruturação das políticas públicas de saúde deve estar fundamentada no diagnóstico de problemas específicos, espera-se que o levantamento destes dados auxilie a nortear os governantes quanto à formulação e adequação de políticas públicas, a fim de minimizar disparidades, na busca por um envelhecimento populacional saudável (OLIVEIRA, GOMES e PAIVA, 2011).

2 Revisão de Literatura

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O processo de envelhecimento

O processo de envelhecimento populacional tem sido alvo crescente de discussão nas últimas décadas devido à redução nos coeficientes de fecundidade e mortalidade, e ao aumento da expectativa de vida ao qual a sociedade se submete.

A diminuição no ritmo de nascimentos resulta, em médio prazo, no incremento proporcional da população idosa (VERAS, 2003). Segundo dados do IBGE, a taxa de fecundidade manteve-se constante entre 1940 e 1960, cerca de 6,2 filhos por mulher, começou a reduzir para 4,4 na década de 1980 e em 2000 já se encontrava em 2,3 para cada mulher. O índice de mortalidade geral no Brasil também apresentou um grande declínio de 1950 a 1970, passando de 21 a 9 pessoas que morrem por 1000 habitantes durante 1 ano; e desde então vem caindo em pequenas proporções, passando em 1999 para 6,9 óbitos por mil habitantes (IBGE, 2011).

Em decorrência destas alterações demográficas, a expectativa de vida brasileira aumentou, alcançando em 2011 a média de 74,08 anos (74 anos e 29 dias). Ao longo de 11 anos, a esperança de vida ao nascer no Brasil, incrementou-se anualmente, em média, em 3 meses e 29 dias (BRASIL, 2012).

O nível de desenvolvimento do país também indica características distintas para o fenômeno do envelhecimento. Nos países em desenvolvimento, este processo ocorreu em menor espaço de tempo do que nos países desenvolvidos, sem o devido preparo para a nova demanda (LIMA-COSTA e VERAS, 2003). As estimativas para o ano de 2050 são de dois bilhões de pessoas idosas no mundo e a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000). No Brasil, a proporção de pessoas idosas ultrapassa 10%, o que representa, em números absolutos, mais de 20 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2012).

O grande número de idosos é decorrente não somente das mudanças no perfil demográfico, como também dos avanços nos conhecimentos da engenharia genética, da biotecnologia e do avanço dos fármacos, alterando em um futuro próximo o limite do relógio biológico que se estima que possa chegar a 120-130 anos (VERAS, 2003).

Não só a população brasileira está envelhecendo, mas a proporção da população “mais idosa”, ou seja, a de 80 anos ou mais de idade, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo. Significa dizer que a população idosa também está envelhecendo (CAMARANO, 1999). Dados do IBGE indicam que a população acima de 80 anos totalizam cerca de 3 milhões no Brasil (CENSO POPULACIONAL, 2010).

De acordo com a OMS, para ser considerado idoso o indivíduo deve apresentar idade acima de 60 anos para os países em desenvolvimento, subindo para 65 anos de idade quando se trata de países desenvolvidos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). No entanto, qualquer que seja a idade definida dentro de contextos diferentes, é importante reconhecer que somente a idade cronológica não é um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento. Existem variações significativas relacionadas ao estado de saúde, participação e níveis de independência entre pessoas idosas que possuem a mesma idade. É de extrema importância portanto, fazer vigorar políticas sociais abrangentes baseadas não somente na idade cronológica visando o bem-estar na terceira idade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

De acordo com Cotta et al. (2002), a transição demográfica tem um crescente e profundo impacto em todos os âmbitos da sociedade, mas é na saúde que tem maior transcendência, tanto por sua repercussão nos diversos níveis assistenciais como pela demanda por novos recursos e estruturas.

O novo perfil epidemiológico passou a ser constituído pela diminuição da incidência das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis como as crônico-degenerativas e de causas externas; deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos; e o predomínio da morbidade à mortalidade (WALDMAN, 2000; SCHRAMM et al., 2004).

A tendência de aumento da prevalência de pessoas com doenças crônicas implica em uma maior suscetibilidade a afecções e agravos que contribuem para a redução da capacidade física e biológica, e tendem a diminuir a independência e autonomia dos idosos, desencadeando no crescimento da incapacidade funcional, dependência e necessidade de cuidados de longa duração (NERI e YASSUDA, 2004; PASCHOAL, 2005).

Esta dinâmica também demanda uma organização de um sistema de saúde mais eficaz e resolutivo para a população idosa. Em geral, estas doenças

crônicas e múltiplas perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos (VERAS, 2003).

Desta forma, à medida que a população envelhece, deve-se buscar agregar qualidade e bem-estar aos anos adicionais de vida buscando políticas destinadas aos idosos que levem em consideração suas particularidades e desafios, incentivando assim a prevenção, o cuidado e a atenção integral à saúde.

2.2 Qualidade de Vida em Idosos

A preocupação com a qualidade de vida surgiu em diversas áreas do conhecimento científico como economia, filosofia, sociologia, medicina e psicologia, e tem aumentado consideravelmente nas últimas décadas especialmente para a saúde.

Definir o que é Qualidade de Vida (QV) é bastante complexo, visto que esta se modifica de indivíduo para indivíduo e está sujeita a alterações de parâmetros ao longo da vida. Diversos fatores podem se combinar para justificar uma boa qualidade de vida para o indivíduo, como: estado de saúde, relações familiares, realizações profissionais, sexualidade e espiritualidade.

Seidl e Zannon (2004) relatam que há indícios de que o termo Qualidade de Vida surgiu pela primeira vez na literatura médica na década de 30, mas o termo se destacou a partir da Segunda Guerra Mundial (1939-1945), quando foi usado o conceito de “boa vida” referindo-se ao aumento do poder aquisitivo. A criação de indicadores econômicos permitia comparar a qualidade de vida entre diferentes países e culturas. Em seguida, a partir da década de 1960, o conceito passou a se relacionar também com a educação, crescimento econômico, indicadores sociais, saúde e bem-estar, passando a englobar também um caráter subjetivo (FARQUHAR, 1995; PASCHOAL, 2000).

O grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde define QV como sendo “a percepção do indivíduo e de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1994).

Para a terceira idade, a qualidade de vida tem sido motivo de discussões em todo o mundo, pois existe atualmente uma grande preocupação em preservar a

saúde e o bem-estar global deste segmento populacional para que envelheçam com dignidade (TORRES, REIS e FERNANDES, 2009).

De acordo com Paschoal (2004), “Qualidade de vida na velhice é a percepção de bem estar de uma pessoa, a partir da avaliação do quanto realizou daquilo que idealiza como importante para uma boa vida e do grau de satisfação com o que foi possível concretizar até aquele momento”.

Minayo e col. (2000) consideram que a relatividade do conceito de qualidade de vida, possui três pontos de referência: histórico, cultural e de estratificação social. É possível notar um ponto importante durante a trajetória da definição de QV, que é a relação desta com a Promoção da Saúde, ramo da ciência que aponta fatores como estilo de vida, avanços da biologia humana, ambiente físico e social e serviços de saúde como determinantes de saúde.

A partir dos anos 90, apesar da complexidade encontrada para a definição de QV, os estudos iniciam a concordar quanto a dois aspectos no conceito: a subjetividade, que considera a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos não médicos do seu contexto de vida; e a multidimensionalidade, que se refere à composição do constructo por diferentes dimensões da vida (THE WHOQOL GROUP, 1994; SEIDL e ZANNON, 2004).

Existem diversas escalas de avaliação de qualidade de vida com diferentes aspectos conceituais. A maioria destas apareceu na literatura a partir dos anos 80, em busca de um amadurecimento conceitual e metodológico do uso do termo Qualidade de Vida, utilizando metodologias qualitativas e quantitativas. A análise da literatura revela que os instrumentos comumente usados são os questionários, sob formas de auto aplicação e entrevista. Devido aos aspectos subjetivos importantes no conceito, atualmente tem sido ressaltada por alguns estudiosos a importância do método qualitativo (FLECK, CHACHAMOVICH e TRENTINI, 2003; SEIDL e ZANNON, 2004).

A Organização Mundial da Saúde a partir da década de 1990 considerou de particular importância a criação de um instrumento que avaliasse a qualidade de vida de uma perspectiva internacional. O resultado foi a elaboração, por meio do grupo *WHOQOL* (World Health Organization of Quality of Life), do instrumento *WHOQOL-100* e posteriormente sua versão reduzida *WHOQOL-BREF*.

Identificando a necessidade de se adequar à população idosa, o grupo *WHOQOL* criou em 2005 o protocolo *WHOQOL-OLD*, traduzido para o português

por Fleck e col. (2006). O instrumento é composto por 24 itens, divididos em seis facetas que tratam de aspectos ligados a habilidades sensoriais; autonomia; atividades do passado, presente e futuro; participação social; morte e morrer; e intimidade.

O estudo da qualidade de vida em idosos é recente, mas a temática vem tomando evidência, principalmente porque há um fortalecimento da ideia de que velhice patológica demanda altos custos para o indivíduo e a sociedade (NERI e YASSUDA, 2004).

Com a chegada da idade avançada, a debilidade física, a dependência, a perda de papéis, os estereótipos e preconceitos, enfim, as inevitáveis perdas decorrentes do processo de envelhecimento, podem levar à diminuição da qualidade de vida dos idosos. Surge então, a preocupação em transformar a sobrevida aumentada do ser humano numa etapa significativa da vida (PASCHOAL, 2000).

Para isso, a investigação sobre as condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice, bem como as variações que a idade comporta, revestem-se de grande importância científica e social no intuito de criar alternativas de intervenção e propor ações e políticas na área da saúde (FLECK, CHACHAMOVICH e TRENTINI, 2003).

O grupo de pesquisadores Vecchia et al. (2005) buscou investigar o que o subjetivo conceito de Qualidade de Vida significa para 365 idosos. Estes deveriam responder à pergunta “O que é qualidade de vida para o senhor?”. Após aplicação do método de Análise de Conteúdo, foram identificados três grupos. Para o primeiro, QV significava “dispor de rede social de suporte sólida, saúde física e mental”; para o segundo “ter autonomia financeira conquistada durante a vida, de modo a assegurar-lhes recursos para a senectude, bem como a prática de hábitos saudáveis e atividades de lazer”; e para o terceiro “viver em lugar seguro e despoluído, acesso a conhecimentos ao longo da vida, prazer no trabalho, espiritualidade, honestidade e solidariedade”.

Torres, Reis e Fernandes (2009) avaliaram a influência de fatores sociodemográficos, condições de saúde, capacidade funcional e dinâmica familiar na QV de 117 idosos dependentes em domicílio na região Nordeste do Brasil. Foi utilizado o protocolo de QV *WHOQOL-OLD* e, a partir dos dados coletados e análise

estatística, foi constatado que o comprometimento da dinâmica familiar influencia de maneira negativa a qualidade de vida destes idosos.

Em um recorte de um estudo maior realizado pelo Inquérito de Saúde do Estado de São Paulo (ISA-SP), Lima et al. (2011) averiguaram a qualidade de vida relacionada à saúde de 1.958 idosos utilizando o protocolo de QV *SF-36*, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas. Apresentaram pior QV os idosos do sexo feminino; com idade mais avançada; menor renda; menor nível de escolaridade e de religião evangélica.

Estudo de Carneiro e col. (2007) objetivou averiguar as habilidades sociais, o apoio social, a qualidade de vida e a depressão dentre três populações: idosos da Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), ou seja, possuem rede de apoio social; de contextos familiares e que não participam de atividades sociais fora deste ambiente; e de asilos. Para isto foram utilizados o Inventário de Habilidades Sociais, a Medida de Apoio Social, o *WHOQOL-BREF* e a Escala de Depressão em Geriatria-15. A pesquisa observou que os idosos do asilo apresentaram um menor repertório de habilidades sociais, uma menor rede de apoio social e pior qualidade de vida.

As referências supracitadas evidenciam uma ideia da variedade de fatores associados à qualidade de vida em idosos. Entretanto, para os idosos institucionalizados, muitas vezes expostos a mais agravos de saúde e afastados de relações sociais que fizeram parte de sua vida, estes fatores podem se tornar ainda mais frequentes.

Nunes, Menezes e Alchieri (2010) analisaram a QV, por meio do questionário *WHOQOL-OLD*, de 43 idosos institucionalizados do município de Natal, Rio Grande do Norte. Os resultados apresentados indicaram um escore médio total de 52,9%, indicando não considerarem suas QV nem insatisfatória, nem satisfatória. Dentre as facetas compostas no instrumento, a Sensorial foi a que obteve maior média (68,1%) e a de Autonomia a menor média (40,7%).

Para caracterizar a QV de idosos institucionalizados da cidade de Blumenau, Santa Catarina, Dalsenter e Matos (2009) aplicaram o *WHOQOL-OLD* em 44 idosos. Os dados demonstram que a faceta que obteve menor média foi a de Autonomia com 45,8%, enquanto o maior escore foi para Morte e Morrer com média de 83,5%. A percepção geral sobre a QV foi satisfatória, apresentando média de 61,4%.

Oliveira, Gomes e Paiva (2011) compararam a QV de 70 idosos funcionalmente independentes e residentes em instituições da cidade de Vitória, Espírito Santo, com 210 não institucionalizados do mesmo município, utilizando o protocolo *WHOQOL-BREF*. O primeiro grupo apresentou pior qualidade de vida em comparação ao segundo, obtendo significância estatística entre institucionalização e todos os domínios do protocolo.

2.3 O idoso institucionalizado

Os indicadores demográficos da população brasileira demonstram um aumento cada vez maior da população idosa e, em consequência disto, é possível identificar um incremento na demanda por cuidados de longa duração.

Esta situação, aliada a modificações na estrutura familiar e à dinâmica da sociedade, em que o maior número possível de integrantes da família estão inseridos no mercado de trabalho, em especial a mulher – tradicional cuidadora – expõe a pessoa idosa à necessidade de ser institucionalizada (PERLINI, LEITE e FURINI, 2007).

A idade avançada somada às doenças crônicas e demenciais pode causar efeito significativo na dependência do idoso. O termo dependência está intimamente associado ao conceito de fragilidade, e esta pode ser percebida como uma vulnerabilidade que o indivíduo apresenta frente aos desafios do próprio ambiente (CALDAS, 2003).

Para se avaliar o grau de dependência utiliza-se o método de avaliação funcional, onde é possível identificar a capacidade de um indivíduo se adaptar aos problemas cotidianos, incluindo a sua participação como indivíduo na sociedade, ainda que apresente alguma limitação física, mental ou social (CALDAS, 2003).

De acordo com Ramos (2003), nem todo idoso portador de doença crônica ficam limitados se suas enfermidades estiverem controladas. Este idoso pode ser considerado saudável se comparado com outro com as mesmas doenças, porém sem controle destas, com sequelas decorrentes e incapacidades associadas. Portanto o determinante seria a autonomia, ou seja, a capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios.

No entanto, ainda considerando o conceito de fragilidade, esta dependência também pode estar presente no âmbito emocional, familiar e

econômico. A necessidade de assistência permanente ao idoso enfermo gera um custo elevado para os familiares. Frente a esta situação, a permanência do idoso junto à sua família pode tornar-se comprometida, uma vez que os elementos socioeconômicos se alteram, principalmente quando há a necessidade de um cuidador (NUNES, MENEZES e ALCHIERI, 2010).

De acordo com Perlini e col. em seu estudo de 2007, quando uma família procura um local para seu familiar idoso morar, optando pela institucionalização, muitas vezes a intenção é de proporcionar melhores e mais qualificadas condições de vida do que a própria família pode oferecer, contando com um ambiente que ofereça cuidados e companhia, além de ser um espaço de convivência e socialização entre os moradores.

Neste contexto, Estado e mercado privado dividem com a família as responsabilidades no cuidado com a população idosa com as instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) (CAMARANO e KANSO, 2010).

A origem das ILPI está ligada aos asilos, instituições destinadas àqueles com limitações, sem moradia ou sem familiares. Porém, com o envelhecimento da população e o aumento da sobrevivência de pessoas com redução da capacidade física, cognitiva e mental, este segmento populacional passou a necessitar também de assistência à saúde. Para tentar expressar a nova função social e de saúde dessas instituições, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia sugeriu a denominação Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), que foi definida como “instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletiva de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania” (CAMARANO e KANSO, 2010; NUNES, MENEZES e ALCHIERI, 2010).

Segundo Camarano e Kanso (2010) as ILPIs não são estabelecimentos voltados à clínica ou terapêutica, apesar de seus residentes receberem serviços médicos. Trata-se de uma residência coletiva, que atende tanto idosos independentes em situação de carência de renda e/ou família quanto aqueles com dificuldades para o desempenho das atividades diárias, que necessitem de cuidados prolongados.

Apesar da ANVISA estabelecer um padrão mínimo de funcionamento para as ILPIs e criar mecanismos de monitoramento (ANVISA, 2005), o aumento crescente destes serviços ocorre muitas vezes sem cumprir os requisitos. Muitas

instituições de longa permanência estão passando por dificuldades em suas infraestruturas físicas e insuficiente número de profissionais de saúde especializados (REIS e CEOLIM, 2007). Devido a estes fatores, estes locais podem dificultar o acontecimento de atividades de socialização e manutenção das relações interpessoais no contexto comunitário, indispensáveis à qualidade de vida da pessoa idosa (CANCIAN e DIAS, 2000).

2.4 Depressão no Idoso

Com o processo de envelhecimento, o idoso é submetido a alterações físicas e fisiológicas, sensoriais e de memória, mas também mudanças de âmbito social, como aposentadoria, dificuldades financeiras, viuvez, isolamento e perda de autonomia. A partir deste novo quadro, alguns transtornos psicológicos podem se tornar presentes, como a angústia, ansiedade e depressão.

A angústia e ansiedade se misturam na vida diária de muitos idosos e podem aparecer com as preocupações financeiras, a debilitação na saúde, as perdas pessoais e a insegurança ou podem aparecer espontaneamente, sem uma explicação clara (BLASER, 1998).

Sentir-se triste é uma resposta comum aos eventos da vida, já a depressão é algo muito mais grave, caracterizado pela falta de controle sobre o próprio estado emocional (GARCIA et al., 2006).

A depressão é considerada hoje em dia um importante problema de saúde que afeta todas as idades. Caracteriza-se como um distúrbio de natureza multifatorial da área afetiva ou do humor, que exerce forte impacto funcional envolvendo inúmeros aspectos de ordem biológica, psicológica e social (CARREIRA et al., 2011). A prevalência da depressão varia entre 5% e 35%, considerando as diferentes formas e gravidades da doença (LEITE et al., 2006). Algumas de suas principais características são perda de peso, sentimento de culpa, ideias suicidas, hipocondria, queixa de dores e, eventualmente, psicose (MORAES et al., 2007). Existem, no entanto, diferenças de sintomatologia para o idoso, onde se faz acreditar que este é um tipo diferente de depressão das outras faixas etárias. Nos idosos, esta se apresenta com sintomas somáticos ou hipocondríacos mais frequentes, haveria menos antecedentes familiares de depressão e pior resposta ao tratamento (GARCIA et al., 2006).

De acordo com Toledo e Santos (2006), o surgimento da depressão no idoso está relacionado a vários fatores biológicos e psicossociais, tais como histórico depressivo ao longo da vida, perda de suporte social e familiar, doenças físicas ou incapacitantes, além do uso de alguns medicamentos que podem desencadear perturbações do humor.

Em um estudo realizado por Conte e Souza (2009) constatou-se que os principais fatores de risco para a depressão dentre a população investigada foram o abandono familiar, sedentarismo, doenças físicas, perdas de entes queridos e fatores socioeconômicos.

Gonçalves e Andrade (2010) relatam que o idoso muitas vezes procura o médico clínico geral, quando muitas vezes os sintomas físicos são um modo de manifestar um sofrimento psíquico em decorrência da depressão.

Comumente, estes sinais e sintomas resultam na dificuldade em diferenciar o padrão de normalidade do processo patológico, dificultando um pronto diagnóstico psiquiátrico. E também, por muitas vezes, os idosos relutam ou mesmo omitem sintomas mentais que, com frequência, permeiam suas queixas de natureza somática (STELLA et al., 2002; MACIEL e GUERRA, 2006).

A depressão é a patologia mais frequente em idosos na atualidade e, se não tratada, aumenta o risco de morbidade clínica e de mortalidade, principalmente em idosos hospitalizados com enfermidades gerais (STELLA et al., 2002; PARADELA, LOURENÇO e VERAS, 2005).

Carreira e colaboradores (2011) investigaram a prevalência de depressão em idosos institucionalizados e constataram que 61,6% dos idosos da amostra apresentaram depressão leve ou moderada, e dentre estes, 36,6% estavam institucionalizados a menos de um ano. De acordo com os autores, a internação em serviços de longa permanência também pode contribuir para uma desordem psiquiátrica.

É de extrema importância o aprimoramento dos conhecimentos acerca da depressão pelos profissionais da saúde, visando a identificação e tratamento precoce da sintomatologia depressiva que acomete os idosos, visto que pode contribuir muito favoravelmente para a qualidade de vida e bem-estar desta população.

Uma vez que a qualidade de vida é determinada por fatores como a participação do indivíduo em atividades na comunidade, a independência, satisfação

sobre conquistas na vida, habilidades sensoriais, e também preocupações com a morte, a sintomatologia depressiva atua drasticamente sob estas facetas, causando piora na percepção de bem estar do idoso.

2.5 Políticas de Saúde para o idoso

Para que o idoso tenha um envelhecimento saudável e em condições de dignidade, o Estado tem como obrigação garantir proteção à vida e à saúde por meio de políticas sociais públicas.

Dentre as legislações podemos citar a Lei nº 8.842/1994, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, a qual estabelece a Política Nacional do Idoso certificando os direitos sociais das pessoas idosas, promovendo sua autonomia, integração e participação na sociedade e solidificando o direito à saúde nos diferentes planos de hierarquia de atendimento do SUS. Frente a essa obrigação, em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 definiu que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde (re)estruturassem planos, projetos e atividades conforme as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas, assumindo como principal problema a perda funcional das habilidades físicas e mentais para realização das atividades diárias (BRASIL, 2006a).

No ano de 2003, a partir de demandas da sociedade brasileira e muitos debates, é sancionado o Estatuto do Idoso como Lei nº 10.741 com o intuito de ampliar as ações do Estado e da sociedade para as necessidades e direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. De acordo com o artigo 15 do capítulo IV, “é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos” (BRASIL, 2003).

Em fevereiro de 2006, foi publicado o Pacto pela Saúde, no qual se inclui o Pacto pela Vida. Neste documento, a Saúde do Idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de gestão, desencadeando ações de implementação de diretrizes norteadoras para reformulação da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso (BRASIL, 2010).

Após a revisão da Política Nacional de Saúde do Idoso, foi assinada em outubro de 2006 a portaria nº 2.528 do Ministério da Saúde, aprovando a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa com o objetivo de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, faz parte das diretrizes dessa política a promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável, de acordo com as recomendações da Organização das Nações Unidas (BRASIL, 2006b, BRASIL, 2010).

Partindo destes pressupostos, as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa são:

- Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- Atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
- Formação e educação permanente dos profissionais de saúde;
- Divulgação e informação profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2010).

Com base nestas diretrizes e nas metas propostas no Pacto pela Vida, algumas ações estratégicas vêm sendo elaboradas pela Área Técnica Saúde do Idoso:

2.2.1 Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Ferramenta de identificação de situações de riscos potenciais para a saúde, possibilitando o planejamento e organização de ações de prevenção, promoção e recuperação, objetivando a manutenção da capacidade funcional das pessoas assistidas pelas equipes de saúde.

2.2.2 Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa

Caderno elaborado com a finalidade de oferecer subsídios técnicos específicos em relação à saúde da pessoa idosa de forma a facilitar a prática diária dos profissionais que atuam na Atenção Básica.

2.2.3 Curso de Aperfeiçoamento em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa

Curso em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, para capacitar à distância profissionais que atuam na rede SUS.

2.2.4 Curso de Gestão em Envelhecimento

Adaptação brasileira do Curso de Especialização “Gerencia en Salud para Personas Mayores” com o objetivo de qualificar profissionais de nível superior que atuam ou tenham interesse em atuar na direção de serviços e programas de saúde que atendam à população idosa.

2.2.5 Oficinas Estaduais de Prevenção de Osteoporose, Quedas e Fraturas em Pessoas Idosas

Possui o intuito de propor diretrizes a serem aplicadas nos Estados e Municípios para melhor orientar profissionais e pacientes, visando reduzir o número de internações por fratura de fêmur em pessoas idosas.

2.2.6 Ações desenvolvidas ou em desenvolvimento em parceria com outras áreas

- Acolhimento nas unidades de saúde;
- Assistência farmacêutica (Programa Farmácia Popular do Brasil);
- Atenção domiciliar;
- Imunização;
- Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST/ AIDS (BRASIL, 2010).

3 Proposição

3 PROPOSIÇÃO**3.1 Objetivo geral**

Caracterizar a qualidade de vida em idosos institucionalizados e não institucionalizados do município de Agudos (SP) e a sua relação com os fatores associados.

3.2 Objetivos específicos

3.2.a Traçar um perfil socioeconômico da amostra;

3.2.b Descrever os aspectos de saúde geral dos idosos;

3.2.c Caracterizar a capacidade funcional dos idosos, ou seja, a ausência de dificuldades em desempenhar as atividades de vida diária;

3.2.d Identificar sintomas depressivos;

3.2.e Verificar a percepção dos indivíduos quanto à qualidade de vida e correlacionar com os aspectos citados.

4 Material e Métodos

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Aspectos Éticos

Primeiramente foi realizado um contato inicial com o secretário de saúde do município de Agudos/SP e o diretor e a assistente social da instituição “Abrigo Vicentino de Agudos”, a fim de esclarecê-los sobre os objetivos da pesquisa. Após o projeto de pesquisa ser considerado apto para execução pelo município (Anexo A e Anexo B), este foi protocolado para apreciação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB/USP), sendo aprovado em 30/05/2012, sob parecer 35939 e número CAE 03016612.3.0000.5417 (Anexo C).

Mediante a aprovação do referido Comitê, determinou-se que a coleta dos dados referentes à qualidade de vida dos idosos não institucionalizados seria realizada durante um evento público realizado na praça da cidade e para os idosos institucionalizados as entrevistas seriam efetuadas em uma visita agendada.

Os sujeitos foram informados sobre os objetivos da pesquisa e convidados a participar voluntariamente. Ressalta-se que foi firmado o compromisso de preservação dos dados de cada indivíduo.

4.2 Seleção e Caracterização da Amostra

4.2.1 Locais de Coleta

O município de Agudos (Fig. 2), fundado em 27 de julho de 1898, localiza-se na região centro-oeste do Estado de São Paulo (Fig. 1), região sudeste do país e está situado a 330 Km da capital. Compreende uma área de 966,161 km² e população de 34.524 habitantes, segundo o censo nacional de 2010. Desta população, 3.383 habitantes possuem faixa etária entre 60 a 79 anos, e 537 encontram-se acima de 80 anos, sendo assim a população idosa compreende 11,3% do total de habitantes do município (CENSO POPULACIONAL, 2010).

Sua área urbana abrange 32 bairros e núcleos habitacionais e a economia é baseada em agricultura e pecuária, no entanto também possui alto impacto de indústrias de destaque mundial como a Duratex e Ambev.

De acordo com dados da secretaria de saúde municipal, a rede pública é composta por 6 postos de saúde, 3 unidades de PSF (Programa de Saúde da Família), 1 hospital e 1 pronto socorro (PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUDOS, 2012).

A pesquisadora, juntamente com seu grupo de pesquisa, já tinha realizado alguns estudos com idosos institucionalizados e não institucionalizados da cidade de Bauru, sendo assim o grupo optou por selecionar para esta pesquisa o município de Agudos devido à sua proximidade de 19,7 km, a oportunidade de trabalhar com uma nova população e a receptividade da Secretaria de Saúde em receber os pesquisadores e promover um evento de saúde.

Figura 1. Localização do município de Agudos.

Figura 2. O município de Agudos.

O “Abrigo Vicentino de Agudos” é uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) situada no município de Agudos e mantida por iniciativa privada e doações (Fig. 3).

Figura 3. Instituição para idosos “Abrigo Vicentino de Agudos”.

A população residente caracteriza-se por 41 idosos, de ambos os sexos, sem família ou impossibilitados de convívio com as mesmas. Alguns procuraram a entidade por vontade própria, e também por não possuírem recursos financeiros suficientes para se manterem.

O espaço físico é composto por uma casa com 7 quartos, 3 salas de televisão, uma sala de fisioterapia, enfermaria constituída de 4 quartos, pátio, horta, lago com peixes e academia ao ar livre.

Dentre os funcionários destacam-se 2 enfermeiros, 5 auxiliares de enfermagem, 1 médico clínico geral, 1 fisioterapeuta e 12 para serviços gerais como: cozinheiros, motoristas e cuidadores.

4.2.2 Critérios de seleção dos participantes

A partir da disciplina de pós-graduação “Educação e Saúde do Idoso” oferecida pelo Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva, sob coordenação da Profa. Dra. Magali de Lourdes Caldana, os alunos organizaram

juntamente com a prefeitura municipal de Agudos uma feira de saúde intitulada “Festival da Melhor Idade” (Fig. 4) que foi realizada na praça da cidade com o intuito de promover saúde para os idosos.

Figura 4. Anúncio no jornal e alunos de pós-graduação no “Festival da Melhor Idade”.

Neste evento, além das diversas atividades propostas, os alunos puderam contar com a participação dos idosos que se interessaram em responder aos questionários propostos pelos pesquisadores.

Para este estudo, determinou-se que os critérios para inclusão de participantes na amostra seriam o de possuir idade igual ou superior a 60 anos e concordar em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D); e os critérios para exclusão atuavam sob os que se recusassem a participar do estudo e os que não possuísem compreensão adequada ou alterações cognitivas que impedissem de responder às questões propostas.

4.3 Casuística

Do total de 41 idosos residentes e assistidos pela instituição, 15 foram incluídos no estudo de acordo com os critérios estabelecidos.

Durante o evento realizado na praça, 57 idosos participaram da pesquisa. A partir destes, 15 sujeitos foram selecionados para serem pareados com os da instituição quanto ao gênero e idade (Fig. 5). O pareamento foi realizado com o intuito de comparar os resultados de maneira mais fidedigna, já que pode existir uma grande diferenciação entre gênero feminino e masculino, e faixas etárias entre a população idosa.

Assim, participam deste estudo 30 idosos, sendo 15 institucionalizados e 15 não institucionalizados.

Figura 5. Fluxograma referente aos números de participantes inicial e final da amostra.

4.4 Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu por meio de aplicação de 5 questionários sob forma de entrevista apresentados pela pesquisadora. Estes foram selecionados com o intuito de levantar informações sobre os aspectos de saúde geral; análise socioeconômica; manifestações comportamentais de depressão; desempenho físico das atividades cotidianas dos idosos; e percepção da qualidade de vida.

As entrevistas ocorreram em mesas e cadeiras posicionadas na praça e em um banco localizado na instituição. O tempo médio de aplicação variou entre 5 a 10 minutos para cada questionário.

4.4.1 Questionário de análise socioeconômica

Para os idosos não institucionalizados foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) (ABEP, 2012), proposto pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP (Anexo E). Este consiste em uma escala com o objetivo de discriminar grupos de acordo com sua capacidade de consumo de produtos e serviços acessíveis a uma parte significativa da população. A escolaridade do chefe da família vale de 0 a 8 pontos; e os demais pontos são fornecidos pela quantidade de bens de consumo duráveis que a família possui (automóvel, televisão em cores, rádio, geladeira, freezer, máquina de lavar roupa etc.), a quantidade de cômodos da casa, com ênfase nos banheiros, e quantidade de empregados mensalistas que trabalham na casa.

Foram utilizados os seguintes critérios para a coleta dos dados:

4.4.1.1 Para aparelhos domésticos em geral

Foram considerados os seguintes casos:

- Bem alugado em caráter permanente;
- Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses;
- Bem quebrado há menos de 6 meses.

Não serão considerados os seguintes casos:

- Bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses;
- Bem quebrado há mais de 6 meses;
- Bem alugado em caráter eventual;
- Bem de propriedade de empregados ou pensionistas.

4.4.1.2 Televisores

Foram considerados apenas os televisores em cores. Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só foram considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.

4.4.1.3 Rádio

Foi considerado qualquer tipo de rádio presente no domicílio, mesmo que estivesse incorporado a outro equipamento de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems foram considerados desde que pudessem sintonizar as emissoras de rádio convencionais. Não foi considerado o rádio de automóvel.

4.4.1.4 Banheiro

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Foram considerados todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suíte(s). Para ser considerado banheiro ele teve que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não foram considerados.

4.4.1.5 Automóvel

Não foram considerados táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não foram considerados.

4.4.1.6 Empregados domésticos

Foram considerados apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durmam ou não no emprego, podendo ser: babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, etc. O termo “empregados mensalistas” se refere aos empregados que trabalhavam no domicílio de forma permanente e/ou contínua, pelo menos 5 dias por semana, e não ao regime de pagamento do salário.

4.4.1.7 Máquina de Lavar

Foram consideradas máquinas de lavar roupa, somente as máquinas automáticas e/ou semi-automáticas. O tanquinho não foi considerado.

4.4.1.8 Videocassete e/ou DVD

Foi verificado a presença de qualquer tipo de vídeo cassete ou aparelho de DVD.

4.4.1.9 Geladeira e Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação foi aplicada de forma independente:

- a) Havendo geladeira no domicílio, independente da quantidade, foram atribuídos os pontos (4) correspondentes a posse de geladeira;
- b) Se a geladeira apresentasse um freezer incorporado – 2a. porta – ou se houvesse no domicílio um freezer independente foram atribuídos os pontos (2) correspondentes ao freezer.

A classe econômica dos indivíduos avaliados é definida através de escores totais que variam de 0 a 46 que os selecionam da classe E a A1 de acordo com o referido na tabela 2 abaixo:

Tabela 1. Sistema de pontos – Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)

Classe	Pontos	Renda média familiar (Valor bruto em R\$) 2010
A1	42 a 46	12.926
A2	35 a 41	8.418
B1	29 a 34	4.418
B2	23 a 28	2.565
C1	18 a 22	1.541
C2	14 a 17	1.024
D	8 a 13	714
E	0 a 7	477

4.4.2 Entrevista sobre os aspectos de saúde geral

Protocolo composto de 10 questões sobre a saúde geral do idoso (Anexo F), elaborado pela pesquisadora com base na literatura consultada, buscando investigar as principais queixas de saúde que acometem os idosos e o impacto destas frente à qualidade de vida.

As perguntas abordam situações como: tabagismo, uso de bebidas alcóolicas, problemas de memória, diabetes, hipertensão, problemas cardíacos, utilização de medicamentos, histórico de traumatismo cranioencefálico, e histórico de acidente vascular encefálico.

4.4.3 Escala de Capacidade Funcional - Índice de Katz

A avaliação da capacidade funcional busca verificar em que nível as doenças ou agravos impedem o desempenho das atividades cotidianas dos idosos de forma autônoma e independente, ou seja, sem a necessidade de adaptações ou auxílio de outras pessoas. Para esta avaliação foi utilizado o Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária de Sidney Katz (KATZ et al., 1963).

Esta escala investiga em 6 perguntas o nível de dependência do idoso para funções como: banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência de um local ao outro, continência e alimentação (Anexo G).

A pontuação para varia de 0 a 6, sendo 2 ou menos referente ao idoso muito dependente para exercer suas atividades de vida diária; 3 a 4 indicando uma dependência moderada; e 5 a 6 demonstrando ser um idoso independente (THE HARTFORD INSTITUTE FOR GERIATRIC NURSING).

4.4.4 Questionário de identificação de sintomas depressivos - Inventário de Depressão de Beck

O Inventário de Depressão de Beck (BECK et al., 1961) trata-se de um instrumento composto de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, que descrevem manifestações comportamentais da depressão (Anexo H). Estes itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, auto depreciação, auto acusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido.

A tabela 3 demonstra a variação da pontuação e a classificação de sintomas depressivos segundo Gorestein e Andrade (1996).

Tabela 2. Sistema de pontos – Classificação dos sintomas depressivos segundo o Inventário de Depressão de Beck.

Pontos	Classificação
4	Ausência ou Depressão mínima
3	Depressão de leve a moderada
2	Depressão de moderada a grave
1	Depressão grave

4.4.5 Protocolo de Qualidade de Vida - WHOQOL-OLD

O *WHOQOL-OLD* (World Health Organization of Quality of Life – Old) (FLECK, CHACHAMOVICH e TRENTINI, 2006) utilizado nesta pesquisa é uma adaptação brasileira do instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde, específico para a percepção da qualidade de vida do idoso.

Consiste em 24 itens divididos em seis facetas (funcionamento sensorial; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; e intimidade) e indica a percepção do indivíduo quanto à sua satisfação em cada um desses aspectos em sua vida, relacionando-os com a sua qualidade de vida (Anexo I). Os escores brutos destas facetas serão transformados para uma escala de 0 a 100, na qual zero (0) corresponde a um pior estado de saúde e cem (100) a um melhor estado, ou seja, mais positiva é a percepção acerca daquela faceta. Estes escores podem ser combinados para produzir um escore geral.

Conceitos e conteúdos abordados em cada faceta inclusa no módulo *WHOQOL-OLD* (FLECK, CHACHAMOVICH e TRENTINI, 2003):

Funcionamento Sensorial: avalia as habilidades sensoriais e o impacto da perda destas na qualidade de vida;

Autonomia: refere-se à independência na velhice e, portanto, descreve até que ponto se é capaz de viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões;

Atividades passadas, presentes e futuras: descreve a satisfação sobre conquistas na vida e coisas a que se anseia;

Participação social: delinea a participação em atividades do cotidiano, especialmente na comunidade;

Morte e Morrer: relaciona-se a preocupações, inquietações e temores sobre a morte e morrer;

Intimidade: avalia a capacidade de se ter relações pessoais e íntimas.

O módulo *WHOQOL-OLD* permite a avaliação do impacto da prestação do serviço e de diferentes estruturas de atendimento social e de saúde sobre a qualidade de vida, especialmente na identificação das possíveis consequências das políticas sobre qualidade de vida para adultos idosos e a compreensão mais clara

das áreas de investimento, para se obter melhores ganhos na qualidade de vida (FLECK, CHACHAMOVICH e TRENTINI, 1999).

4.5 Procedimentos de análise de dados

Os dados amostrais foram estratificados de acordo com a faixa etária e o gênero e foram analisados e processados por meio de planilhas Excel (Microsoft® 2007).

Para a realização da análise estatística entre os dados obtidos foram utilizados os seguintes testes estatísticos:

- a. Análise descritiva dos dados, descrevendo numérica e percentualmente os resultados encontrados para cada um dos fatores pesquisados;
- b. Para a comparação entre variáveis nominais, optou-se por utilizar o teste exato de Fisher;
- c. As variáveis numéricas foram analisadas por meio do Teste Mann-Whitney;
- d. Para se realizar a comparação múltipla entre os escores do teste de qualidade de vida WHOQOL-OLD com as demais áreas investigadas, foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Pearson.

Os testes foram calculados por meio do programa Statistica versão 7.0 para Windows, e para tal foi adotado o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

5 Resultados

5 RESULTADOS

A amostra deste trabalho totalizou 30 idosos, sendo a idade média geral de 72,10 anos, com mínimo de 60 anos e máximo de 85 anos, como demonstrado na tabela 3.

Tabela 3. Caracterização da amostra quanto à idade dos participantes

Idade				
N	Mín	Máx	x	dp
30	60,00	85,00	72,10	7,14

Mín: mínimo; Máx: máximo; x: média; dp: desvio padrão

5.1 Análise Socioeconômica

A análise do nível socioeconômico não foi realizada na ILPI, pois nem todos os residentes vivem sob recursos financeiros próprios.

Os aspectos referentes à divisão em classes econômicas segundo o questionário CCEB apontou maior número de idosos se enquadrando nas classes B2 e D (26,67%), como demonstrado na figura 6. A média da renda mensal das famílias analisadas de acordo com o critério estabelecido pela ABEP (2010) (ABEP, 2012) varia de R\$714,00 a R\$8.418,00.

Figura 6. Nível sócio econômico dos idosos não institucionalizados

A tabela 4 indica a comparação do grau de instrução entre ambos os grupos.

Tabela 4. Grau de instrução do chefe da família entre os idosos institucionalizados (I) e não institucionalizados (NI).

Grau de Instrução				
	I	Total	NI	Total
Analfabeto/primário				
incompleto	10	15	6	15
Analfabeto até 3ª série	(66,70%)	(100%)	(40,00%)	(100%)
fundamental				
Primário completo/ginásio				
incompleto	5	15	5	15
Até 4ª série fundamental	(33,30%)	(100%)	(33,30%)	(100%)
Colegial				
completo/superior		15	3	15
incompleto	0 (0,00%)	(100%)	(20,00%)	(100%)
Médio completo				
Superior completo	0 (0,00%)	15 (100%)	1 (6,67%)	15 (100%)

5.2 Estado de Saúde Geral

O questionário foi composto de 10 questões, sendo que as respostas compreenderam as seguintes alternativas: nunca, às vezes e sempre; ou sim e não.

As tabelas 5 e 6 demonstram as queixas relacionadas ao estado de saúde geral para os idosos institucionalizados e não institucionalizados. Devido a fatores estatísticos, as respostas “nunca” foram consideradas “não” e as respostas “às vezes” e “sempre” foram consideradas como “sim”.

Tabela 5. Queixas relacionadas ao estado de saúde geral entre os idosos institucionalizados.

Estado de Saúde Geral			
	Não	Sim	Total
Tabagismo	66,67%	33,33%	15 (100%)
Bebida Alcoolica	86,67%	13,33%	15 (100%)
Memória	40,00%	60,00%	15 (100%)
Diabetes	60,00%	40,00%	15 (100%)
Hipertensão	33,33%	66,67%	15 (100%)
Problemas Cardíacos	73,33%	26,67%	15 (100%)
Uso de medicamentos	26,67%	73,33%	15 (100%)
Traumatismo Cranioencefálico	86,67%	13,33%	15 (100%)
Acidente Vascular Encefálico	86,67%	13,33%	15 (100%)

Tabela 6. Queixas relacionadas ao estado de saúde geral entre os idosos não institucionalizados.

Estado de Saúde Geral			
	Não	Sim	Total
Tabagismo	86,67%	13,33%	15 (100%)
Bebida Alcoolica	60,00%	40,00%	15 (100%)
Memória	40,00%	60,00%	15 (100%)
Diabetes	46,67%	53,33%	15 (100%)
Hipertensão	46,67%	53,33%	15 (100%)
Problemas Cardíacos	86,67%	13,33%	15 (100%)
Uso de medicamentos	20,00%	80,00%	15 (100%)
Traumatismo Cranioencefálico	100,00%	0,00%	15 (100%)
Acidente Vascular Encefálico	93,33%	6,67%	15 (100%)

Na análise descritiva das questões relacionadas à saúde geral, nota-se maior número de indivíduos institucionalizados com queixas para memória (60%), hipertensão arterial (66,67%) e uso de medicamentos (73,33%); e para os não institucionalizados os mesmos fatores, com 60%, 53,33% e 80% respectivamente, com acréscimo de diabetes (53,33%).

Quando comparada a porcentagem de pessoas com queixas entre os dois grupos, os institucionalizados apresentam maior número para tabagismo, hipertensão, problemas cardíacos, traumatismo cranioencefálico e acidente vascular encefálico. Já os não institucionalizados são maioria para o uso de bebidas alcóolicas, diabetes e uso de medicamentos. Para as alterações de memória as queixas foram em semelhante frequência para ambos.

Para comparar os dois grupos quanto à saúde geral segundo o teste exato de Fisher, constatou-se $p=0,0238$ sendo, portanto estatisticamente significativo.

5.3 Capacidade Funcional

Quanto à capacidade funcional, que verifica o desempenho das atividades cotidianas ou de vida diária dos idosos de forma autônoma ou independente, a escala Índice de Katz identificou que para os idosos institucionalizados 86,67% são independentes, 13,33% possuem nível de dependência moderado e 0% são muito dependentes. Já para os não institucionalizados, 100% é independente, não havendo indivíduos que se enquadrem nas demais especificações.

5.4 Aspectos Depressivos

Com relação aos sintomas depressivos, 66,67% dos idosos institucionalizados e 53,34% dos não institucionalizados demonstraram respostas indicativas de depressão. As pontuações encontradas revelam que os idosos institucionalizados apresentam maior índice de Depressão moderada a grave e de Depressão grave do que os não institucionalizados.

Tabela 7. Classificação dos sintomas depressivos segundo o Inventário de Depressão de Beck para os idosos institucionalizados (I) e não institucionalizados (NI).

Sintomas Depressivos				
	I	Total	NI	Total
Ausência de depressão ou Depressão mínima	33,33%	15 (100%)	46,67%	15 (100%)
Depressão leve a moderada	26,67%	15 (100%)	26,67%	15 (100%)
Depressão moderada a grave	26,67%	15 (100%)	20,00%	15 (100%)
Depressão grave	13,33%	15 (100%)	6,67%	15 (100%)

Comparando os resultados encontrados entre os dois grupos segundo o teste Mann-Whitney, constatou-se não haver diferença significativa.

5.5 Qualidade de Vida

As respostas dos idosos correspondentes aos aspectos de qualidade de vida foram agrupadas de acordo com o que o instrumento *WHOQOL-OLD* se propõe a avaliar: funcionamento sensorial (FS); autonomia (AUT); atividades passadas, presentes e futuras (PPF); participação social (PSO); morte e morrer (MEM) e intimidade (INT).

Cada uma das 6 facetas apresentadas contém 4 itens, totalizando 24 itens. Os escores brutos das facetas (EBF) foram transformados para um escore transformado da faceta (ETF) de 0 a 100 por meio da seguinte regra de transformação: $ETF = 6,25 \times (EBF - 4)$, na qual zero corresponde a um pior estado de saúde e cem a um melhor estado. Estes escores combinados podem produzir um escore geral de até 600.

Os idosos residentes na instituição, em sua maioria (12 indivíduos), optaram por não responder as questões referentes ao domínio Intimidade por serem solteiros, separados ou viúvos. De acordo com o proposto pelo *WHOQOL-OLD*, o uso de dados para fins de pesquisa não é recomendado somente quando mais de 20% dos itens estiverem faltando. Assim, com a ausência de respostas de uma faceta, faltam 16,66% dos dados, o que enquadra no estipulado pelo grupo organizador.

A tabela 8 demonstra a distribuição dos escores das facetas do *WHOQOL-OLD* para ambos os grupos avaliados.

Tabela 8. Distribuição dos escores das facetas do *WHOQOL-OLD* para ambos os grupos de idosos.

Qualidade de Vida – WHOQOL-OLD								
	I				NI			
	n=15				n=15			
	Mín	Máx	x	dp	Mín	Máx	x	dp
Funciona- mento	25,00	100,00	68,75	25,44	43,75	100,00	74,58	17,59
Sensorial								
Autonomia	25,00	87,50	57,92	22,09	18,75	87,50	58,75	19,59
Atividades passadas, presentes e futuras	18,75	100,00	59,58	26,40	25,00	81,25	64,58	14,88
Participação Social	31,25	100,00	72,91	21,22	0,00	93,75	63,75	25,13
Morte e Morrer	0,00	100,00	80,83	29,74	25,00	100,00	78,33	22,02
Intimidade	-	-	-	-	25,00	100,00	62,50	21,91
Escore								
Transformado	206,25	543,75	331,66	91,32	275,00	512,50	402,50	76,28
Total								

I: institucionalizado; NI: não institucionalizado; mín: mínimo; máx: máximo; x: média; dp: desvio padrão

Considerando a média do escore bruto total de ambos os grupos, nota-se que os idosos não institucionalizados apresentam maior escore e, portanto, melhor qualidade de vida do que os idosos institucionalizados.

Dentre as facetas, os NI também obtiveram melhores escores, sendo “Morte e Morrer” o melhor e “Autonomia” o pior. Para o grupo I, desconsiderando a faceta “Intimidade” que não foi respondida pelos entrevistados, a pior e melhor pontuação foram nas mesmas facetas dos NI.

No entanto, a análise estatística utilizando o Teste Mann-Whitney identificou não ser estatisticamente significativo ($p=1,0000$).

5.6 Análise da Qualidade de Vida e fatores associados

A Correlação de Spearman foi aplicada para identificar se havia relação entre a Qualidade de Vida e os demais fatores: Estado de Saúde Geral, Análise Socioeconômica, Aspectos Depressivos e Capacidade Funcional.

Tabela 9. Correlação entre as variáveis Saúde Geral e Qualidade de Vida dos idosos institucionalizados (I) e não institucionalizados (NI).

Saúde Geral e Qualidade de Vida				
	I		NI	
	n=15		n=15	
	r	p	r	p
Tabagismo	-0,2618	0,3457	-0,5002	0,0575
Bebida Alcoolica	0,3631	0,1833	0,0631	0,8232
Memória	0,0944	0,7376	-0,0788	0,7799
Diabetes	-0,1259	0,6545	0,1084	0,7004
Hipertensão	0,3273	0,2336	0,3873	0,1537
Problemas Cardíacos	-0,0697	0,8048	-0,0909	0,7471
Uso de medicamentos	0,2093	0,4539	-0,0193	0,9455
Traumatismo Cranioencefálico	-0,4539	0,0892	-	-
Acidente Vascular Encefálico	-0,3177	0,2484	-0,0309	0,9127

Os valores relacionados ao Traumatismo Cranioencefálico para NI não são apresentados porque nenhum indivíduo relatou esta queixa.

Na análise da tabela 9, em todas as questões relacionadas com a qualidade de vida não houve significância estatística entre os grupos estudados.

A variável Análise Socioeconômica foi relacionada à Qualidade de Vida somente para os idosos não institucionalizados (NI), como explicado anteriormente. A tabela 9 demonstra a correlação dos demais fatores aos escores do protocolo de Qualidade de Vida.

Tabela 10. Correlação entre variáveis de Análise Socioeconômica, Aspectos Depressivos e Capacidade Funcional e a Qualidade de Vida dos idosos institucionalizados (I) e não institucionalizados (NI).

Análise Socioeconômica, Aspectos Depressivos, Capacidade Funcional e Qualidade de Vida				
	I		NI	
	<i>n=15</i>		<i>n=15</i>	
	r	p	r	p
Análise Socioeconômica	-	-	0,3634	0,1830
Aspectos Depressivos	0,5880	0,0211*	-0,3031	0,2721
Capacidade Funcional	-0,0453	0,8723	-	-

*Significância estatística

Os valores relacionados à Capacidade Funcional para NI não são apresentados porque todos os indivíduos são independentes.

Na análise da tabela 10, observa-se significância estatística ($p=0,0211$) na análise entre os aspectos depressivos e a qualidade de vida, sendo a pior condição encontrada em idosos institucionalizados.

6 Discussão

6 DISCUSSÃO

É sabido que desde a última década iniciou-se uma grande transformação com o aumento do tempo de vida da população, causando repercussões no âmbito da demografia e saúde pública mundial. Esta revolução, global e local, formula para os especialistas, homens públicos e coletividades um grande desafio social e uma intensa demanda por estudos e análises para uma melhor definição de políticas públicas de prevenção de saúde no envelhecimento (Veras e Caldas, 2004).

Fatores como idade avançada, sexo, condições socioeconômicas, de saúde geral e mental e capacidade funcional estão fortemente relacionados a baixos níveis de qualidade de vida, assim, no presente estudo, propôs-se analisar o impacto dos mesmos frente ao bem-estar da população idosa.

A expectativa de vida ao nascer no Brasil alcançou em 2011 a média de 74,08 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), um pouco inferior à média de 76 anos considerada para a região das Américas segundo a OMS (WORLD HEALTH STATISTICS, 2012). Para os componentes da amostra deste estudo, a média geral de idade foi de 72,10 anos, sendo o mínimo de 60 anos e o máximo de 85 anos. Este dado comprova a citação de Camarano (1999) que considera que, não só a população brasileira está envelhecendo, mas a proporção da população com 80 anos de idade ou mais também está aumentando.

Dentre os 30 idosos participantes, 22 (73,33%) são do gênero masculino e 8 (26,67%) do gênero feminino. Segundo o Censo Populacional de 2010, 55,5% dos aproximados 21 milhões de idosos no Brasil eram do sexo feminino. A proporção encontrada contrapõe o esperado para a população nacional, mas pode ser justificada pela casuística ter sido constituída a partir dos residentes da Instituição de Longa Permanência para Idosos visitada.

Atualmente, com o alto índice de desemprego e as modificações na estrutura familiar, o rendimento do idoso muitas vezes passa a sustentar a família e, com isso, a renda familiar torna-se insuficiente para todos os cuidados que um idoso enfermo possa necessitar. A dependência de um familiar idoso gera impacto na dinâmica, na economia familiar e na saúde dos membros da família que se ocupam dos cuidados. Frente a esta situação, a permanência do idoso junto à sua família pode tornar-se comprometida, principalmente quando há a necessidade de um cuidador, optando

assim pela institucionalização (CALDAS, 2003; NUNES, MENEZES e ALCHIERI, 2010).

Camarano e Kanso (2010) realizaram um levantamento censitário em todo o território nacional entre 2007 e 2009, e constataram que cerca de 65% das ILPIs existentes no país são de natureza filantrópica, onde o custo médio por residente seria de em média R\$ 717,91. As instituições brasileiras vivem principalmente do recurso aportado pelos residentes e/ou familiares. Aproximadamente 57% das receitas provêm da mensalidade paga por esses; financiamento público é a segunda fonte mais importante, responsável por aproximadamente 20% do total. Além disso, as instituições possuem recursos próprios que compõem 12,6% do total.

A divisão em classes socioeconômicas para os NI demonstra uma heterogeneidade, pois as classes com maior número de idosos foram a B2 e D (26,67%), indicando uma variação na renda mensal entre R\$714,00 a R\$8.418,00. A prefeitura de Agudos realizou uma ampla divulgação do evento de saúde em diferentes tipos de veículos de mídia, o que pode ter contribuído para o alcance de diversos segmentos sociais.

É sabido que pessoas que vivem em situação econômica precária estão mais expostas ao risco de adoecer e morrer, quadro este que se intensifica em populações mais desprotegidas ou vulneráveis como crianças e idosos (FELICIANO et al., 2004). Lima-Costa e colaboradores (2003) demonstram em seu trabalho que há existência de associações independentes entre menor renda domiciliar per capita e pior condição de saúde para população maior ou igual a 65 anos. Em uma amostra de 19.068 idosos, os com renda mais baixa apresentaram piores condições de saúde (pior percepção da saúde, interrupção de atividades por problemas de saúde, ter estado acamado e relato de algumas doenças crônicas), pior função física (avaliada através de seis indicadores) e menor uso de serviços de saúde (menor procura e menos visitas a médicos e dentistas).

Quando comparados os graus de instrução entre os grupos, é possível notar uma prevalência de idosos analfabetos ou com o ensino fundamental incompleto para ambos. Dentre os NI verifica-se um pequeno número de indivíduos com o ensino médio completo e até mesmo superior completo, acompanhando a mesma variedade observada quanto às classes.

É possível associar esta situação de escolaridade à conjuntura de acesso à educação que ocorria ainda de forma bastante heterogênea por classe social e gênero no período em que estes idosos eram jovens.

Quanto às questões relacionadas à saúde geral, houve uma alta prevalência de queixas relacionadas à hipertensão, bem como uso de medicamentos e queixas de memória para ambos os grupos, e ainda diabetes para os não institucionalizados. Este dado corrobora com a literatura, que em outros estudos com a população idosa é observado a hipertensão como uma das doenças crônicas mais frequentemente relatadas (LIMA-COSTA, BARRETO E GIATTI, 2003; TORRES et al., 2009; OLIVEIRA, GOMES e PAIVA, 2011).

De acordo com dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), as doenças do aparelho circulatório são a principal causa de mortalidade em idosos, com mais de 37% do número de mortes. As mais comuns são o acidente vascular encefálico, infarto e hipertensão arterial, que desencadeia problemas cardíacos.

Com relação ao tratamento de doenças, o uso de medicamentos foi apontado como a principal forma de tratamento utilizada. Isso demonstra que o idoso tende a utilizar formas mais práticas e de maior oferta à população em contraposição de procurar formas alternativas para cuidar de sua saúde, como a alimentação e atividades físicas por exemplo.

A análise estatística comparando os dois grupos para os aspectos de saúde geral constatou ser significativa ($p=0,0238$), o que indica que, apesar de ambos possuírem maiores queixas para as mesmas condições, estas estão causando maior impacto para os idosos institucionalizados. As queixas para os fatores tabagismo, hipertensão, problemas cardíacos, acidente vascular encefálico e traumatismo cranioencefálico, ocorrem também em maior número para esta população.

Ramos (2003) expõe que embora a grande maioria dos idosos seja portadora de, pelo menos, uma doença crônica, nem todos ficam limitados por essas doenças, e muitos levam uma vida normal, com suas enfermidades controladas. Este idoso pode até ser considerado saudável quando comparado a outro com as mesmas doenças, porém sem controle destas, com sequelas decorrentes e incapacidades associadas. A presença de doenças crônicas pode representar um desafio à qualidade de vida dos idosos quando diretamente relacionada à incapacidade funcional, comprometendo a independência e a autonomia nas atividades diárias, fato que pode explicar eventuais internações em ILPIs (ALVES et al., 2007).

A capacidade funcional é relacionada à habilidade para desempenhar as atividades de vida diária ou para realizar determinado ato independentemente (LIMA-COSTA, BARRETO E GIATTI, 2003; ALVES et al., 2007).

No presente estudo, foi possível verificar que 100% dos idosos NI são independentes e, dentre os institucionalizados, 86,67% são independentes e 13,33% possuem nível de dependência moderado. Tendo em vista que a coleta de dados frente aos NI foi realizada durante evento público organizado na praça do município, os idosos que compareceram ao evento eram apenas aqueles com condições de independência e autonomia. Já para os institucionalizados, enquadraram-se nos critérios de inclusão aqueles com compreensão e cognitivo adequados, portanto muitos acamados foram excluídos da casuística, justificando a ausência de indivíduos muito dependentes.

Sabe-se que o declínio da capacidade funcional aumenta com a idade, mas também está associado a uma complexa rede tanto de fatores clínicos como daqueles ligados à capacidade para desempenhar atividades e participar socialmente, tudo isso mediado pelo contexto ambiental e social. A doença participa dessa rede causal, mas sua presença não está necessariamente relacionada com a perda de autonomia (MARCHON, CORDEIRO e NAKANO, 2010).

Alves et al. (2007) reafirma que as diversas condições crônicas existentes não possuem impactos similares na funcionalidade. Em um idoso que apresente várias afecções crônicas, a incapacidade de realização de muitas atividades pode dever-se ao efeito de uma única condição de morbidade ou ao efeito independente de várias condições, cada uma delas afetando somente determinadas atividades.

No conjunto de idosos entrevistados na ILPI, poucos possuem alguma ocupação dentro da instituição, a grande maioria ocupa seu tempo assistindo televisão ou sentados na área externa.

O treinamento físico pode ser considerado um importante esquema terapêutico não farmacológico no tratamento e na prevenção de eventos cardiovasculares, assim como para portadores de fatores de risco com maior propensão ao desenvolvimento de doenças cardíacas (SACILOTTO et al., 2007).

Sguizzatto, Garcez-Leme e Casimiro (2006) após comparar mulheres idosas atletas com mulheres saudáveis sedentárias, identificaram entre as atletas maior capacidade funcional, menos dor, melhor condição geral de saúde, melhor

vitalidade, e diferenças no aspecto emocional e saúde mental, com menos respostas depressivas, demonstrando assim uma melhor qualidade de vida para este grupo.

Neste contexto, programas destinados à prática de atividades físicas podem ser implementados como estratégia de promoção de saúde e prevenção de incapacidades.

A depressão, considerada o “mal do século”, é a desordem psiquiátrica mais comum no idoso, e surge frequentemente em um contexto de perda da qualidade de vida associada ao isolamento social e ao surgimento de doenças clínicas, podendo inclusive agravar patologias preexistentes (COSTA et al., 2012; SILVA et al., 2012).

Os sinais indicativos de depressão, avaliados neste estudo sob o prisma do Inventário de Depressão de Beck (BECK et al., 1961), revelaram uma significativa prevalência de sintomatologia depressiva para os entrevistados, com 53,34% para os NI e 66,67% para os I.

Esta alta prevalência para idosos não institucionalizados foi similar à referida na literatura. Gonçalves e Andrade (2010) objetivaram determinar a prevalência de depressão em idosos atendidos em ambulatório de geriatria e estabelecer os fatores associados. Dentre 102 idosos, 50% apresentaram sintomas depressivos, com 13,7% em situação grave. Observou-se associação significativa entre depressão e idade, sexo, raça e atividade física, refletindo na qualidade de vida dos idosos.

Entre diversos estudos no Brasil, a prevalência de doenças psiquiátricas entre idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos variou entre 32,1% a 80,1% (GORZONI e PIRES, 2006), corroborando com o achado deste estudo.

Nota-se portanto que além de um envelhecimento saudável, é preciso promover também o envelhecimento ativo destes idosos, principalmente os institucionalizados.

O termo “envelhecimento ativo” foi adotado pela Organização Mundial da Saúde no final dos anos 90. Procura transmitir uma mensagem mais abrangente e reconhecer, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem (KALACHE; KICKBUSCH, 1997).

Sua abordagem baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto realização. Assim, a atuação frente ao idoso deixa de ter um

enfoque baseado nas necessidades e passa ter uma abordagem baseada em direitos, tornando-os menos passivos e reconhecendo a importância de sua atuação frente à comunidade.

A investigação relativa à análise da qualidade de vida foi realizada com o instrumento WHOQOL-OLD com o intuito principal de determinar uma análise contextualizada acerca do impacto do grande número de mudanças sob o bem-estar do idoso.

Considerando a média do escore bruto total de ambos os grupos, os idosos não institucionalizados apresentaram maiores escores para as facetas, onde é possível concluir que os idosos não submetidos ao fator institucionalização apresentam melhor qualidade de vida quando comparados àqueles institucionalizados.

Em similaridade com este achado, um estudo com idosos institucionalizados e não institucionalizados de Vitória – ES, observou que o primeiro grupo mostrou pior qualidade de vida comparada ao segundo, que apresentou melhores pontuações em todos os domínios do instrumento WHOQOL-BREF (OLIVEIRA, GOMES e PAIVA, 2011).

Com relação às facetas, com exceção de “Intimidade” que não foi respondida pelos idosos residentes na ILPI, a que obteve melhor escore foi “Morte e Morrer” (80,83 para I e 78,33 para NI) e a de pior escore foi “Autonomia” (57,92 para I e 58,75 para NI) para ambos os grupos.

O domínio “Morte e Morrer” refere-se ao grau de preocupação do idoso com a maneira em que irá morrer, medo de não poder controlar a sua morte, medo de morrer e sentir dor antes de morrer. O escore alto encontrado indica que os idosos entrevistados não estão incomodados com os temores acerca da morte. Este fato pode estar relacionado a valores espirituais e religião, ou mesmo à percepção de que se sentem no final da vida e a morte signifique algo já esperado. A literatura científica demonstra que, quanto mais valores espirituais as pessoas possuem, menos evidenciam medo acerca da morte (WHOQOL GROUP, 1995).

A faceta “Autonomia”, é representada pelos itens liberdade de tomar decisões, controlar o próprio futuro e ter a sua autonomia respeitada pelas pessoas que a cercam, e, a partir dos escores médios baixos encontrados para ambos os grupos entrevistados, percebe-se que os participantes do estudo estão insatisfeitos

com suas possibilidades de fazer as coisas que gostariam ou até de controlar a própria vida.

Este resultado não é surpreendente para os idosos que residem em instituição, já que a liberdade que lhes é permitida é reduzida. Em estudos referentes à qualidade de vida em idosos institucionalizados encontrados na literatura, é possível identificar o mesmo perfil, com resultados mais positivos para a faceta “Morte e Morrer” e negativos para “Autonomia”, compatíveis com o constatado nesta pesquisa (DALSENTER e MATOS, 2009; NUNES et al., 2010). Entretanto para o idoso não institucionalizado demonstra uma restrição de sua autonomia por parte de seus familiares.

A autonomia reflete diretamente na capacidade de escolha e participação social, sendo um dos determinantes básicos para uma boa qualidade de vida.

Apesar de a participação social estar intimamente relacionada à autonomia, quando questionados sobre o uso do tempo livre e a participação em atividades da comunidade na faceta “Participação Social”, os idosos institucionalizados apresentaram escore mais alto. Este fato talvez possa significar boa proposta por parte da instituição em realizar atividades de lazer para os abrigados.

“Intimidade” trata de assuntos relativos a companheirismo, capacidade de amar e sexualidade. Os idosos da ILPI optaram por não responder às questões apresentadas por serem solteiros ou viúvos. Dentre os NI, esta foi o segundo escore mais baixo, demonstrando que estão insatisfeitos com suas relações pessoais e íntimas.

Para o “Funcionamento Sensorial” e “Atividades passadas, presentes e futuras”, os escores demonstraram uma aparente positividade quanto aos aspectos referentes ao prejuízo no funcionamento do sistema sensorial e quanto à possibilidade de continuar alcançando realizações pessoais por parte dos indivíduos NI. Dentre os institucionalizados, os escores médios obtidos foram um pouco mais reduzidos, indicando um impacto maior em sua qualidade de vida.

A Correlação de Spearman foi utilizada para associar todos os fatores investigados – Estado de Saúde Geral, Análise Socioeconômica, Aspectos Depressivos e Capacidade Funcional – com o escore total do questionário de Qualidade de Vida para ambos os grupos investigados. O valor de $p=0,0211$ encontrado demonstra o impacto da depressão na qualidade de vida dos idosos

institucionalizados, que afeta diretamente a autonomia, pontuada pelos mesmos com o escore mais baixo no protocolo de qualidade de vida aplicado.

Dentre os aspectos do estado de saúde geral, o tabagismo apresentou-se próximo ao significativo ($p=0,0575$) para o mesmo grupo, indicando também ser um fator a afetar a qualidade de vida, principalmente por ser agravante para outras doenças.

Estimativas indicam que atualmente 15% dos idosos apresentam algum sintoma depressivo, e que a depressão seja frequente em idosos hospitalizados (5 a 13%) e institucionalizados (12 a 16%) (COUTINHO et al., 2003).

Segundo Carreira et al. (2011) os sentimentos gerados nos idosos pelo processo de envelhecimento são vividos como algo novo e podem resultar em ansiedade, medo, conflito, insegurança e sentimentos de solidão.

Os principais fatores de risco encontrados no estudo de Conte e Souza (2009) estão em consonância com os fatores deparados perante os idosos moradores da ILPI visitada: abandono familiar, sedentarismo, doenças físicas, perda de entes queridos e fatores econômicos. Estes fatores desencadeiam a depressão e acabam por impossibilitar os idosos de terem uma boa qualidade de vida, favorecendo o isolamento e a marginalização.

Está inserido dentre as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, a promoção do envelhecimento ativo e saudável e a atenção integral à saúde da pessoa idosa. Tendo em vista estes princípios, faz-se necessária uma reestruturação e implementação de novos programas de promoção e prevenção de agravos que acometem a velhice, como a hipertensão e depressão, visando uma melhor qualidade de vida para esta população.

A institucionalização também deve ter sua importância reconhecida frente à conjuntura populacional atual, buscando-se um ambiente propício a um estilo de vida saudável.

7 Conclusões

7 CONCLUSÕES

Frente ao estudo realizado, foi possível caracterizar os principais fatores que interferem na qualidade de vida de uma população de idosos institucionalizados (I) e não institucionalizados (NI).

A análise dos dados coletados e as observações realizadas ao longo do desenvolvimento desta pesquisa permitem concluir que:

- As respostas dos idosos referentes aos aspectos de qualidade de vida demonstraram um maior escore e, portanto melhor qualidade de vida para os idosos não institucionalizados. Dentre as facetas, a melhor pontuação foi para “Morte e Morrer” e a pior para “Autonomia” para ambos os grupos;

- A análise socioeconômica mostrou que os idosos não institucionalizados se enquadram em sua maioria nas classes econômicas B2 e D. Ambos os grupos possuem maior porcentagem de indivíduos com grau de instrução entre o analfabetismo e a 3ª série do ensino fundamental;

- Pode-se concluir dentre as questões relacionadas à saúde geral, que as maiores queixas foram para hipertensão arterial, uso de medicamentos e queixas de memória para ambos os grupos, e diabetes para os idosos não institucionalizados;

- A averiguação da capacidade funcional verificou que todos os idosos NI são independentes e, dentre os residentes na ILPI, grande maioria são independentes e poucos possuem nível de dependência moderado;

- Quanto os aspectos depressivos, a prevalência de sintomatologia depressiva foi mais expressa para os idosos institucionalizados;

- Quando correlacionados os diversos fatores com a Qualidade de Vida, observou-se que os aspectos depressivos causaram um impacto maior para os idosos institucionalizados.

Referências

REFERÊNCIAS

ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [homepage na internet]. Critério de classificação econômica Brasil; c2012 [acesso em 2013 jan 15]. Disponível em: www.abep.org

Alves LC et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2007;23(8):1924-30.

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária [homepage]. Brasília: Resolução da Diretoria Colegiada nº 283, de 26 de setembro de 2005, Diário Oficial da União de 27 de setembro de 2005. c2005 [acesso em 2013 fev 10]. Disponível em: www.portalsaude.gov.br

Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do idoso. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a política nacional de saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006a [acesso em 2013 mar 20]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde lança Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [homepage na internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006b [acesso em 2013 mar 20]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/impressao.asp?op=pr&id=1268>

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento. Série Pactos pela Saúde 2006, v.12. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Morbidade Hospitalar do SUS – por local de residência 2011 [tabela na internet]. Ministério da Saúde. 2011 [acesso em 2013 abr 15]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/morbidade_etaria.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS [homepage na internet]. Sistema de Informação de Atenção Básica – Cadastramento Familiar. Brasil, Dez. 2003 – Abr. 2012. [acesso em 2013 fev 14]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popuf.def>.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh G. Na Inventory for Measuring Depression. Archives of General Psychiatry. 1961; 4:53-63.

Blaser D. Problemas Emocionais da terceira idade: estratégias de Intervenção. São Paulo: Andrei Editora, c1998.

Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cad. Saúde Pública. 2003;19(3):773-81.

Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *R. Bras. Est. Pop.* 2010;27(1):233-5.

Camarano AA. (org.). *Como Vive o Idoso Brasileiro?* Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1999.

Cancian C, Dias J. Envelhecimento no asilo. *Cad. Adulto NIEATI.* 2000;4:191-7.

Carmo EH, Barreto ML, Silva Jr JB. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. *Epidemiologia e Serviços de Saúde.* 2003;12(2):63-75.

Carneiro RS, Falcone E, Clark C, Prette LD, Prette AD. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sócias. *Psicologia: Reflexão e Crítica.* 2007;20(2):229-37.

Carreira L, Botelho MR, Matos PCB, Torres MM e Salci MA. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. *Rev. Enferm. UERJ.* 2011;19(2):268-73.

Censo Populacional 2010 [tabela na internet]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2011 [acesso em 2012 dez 11]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/populacao_por_municipio

Conte LBD, Souza LNA. Perfil epidemiológico do envelhecer com depressão. *Rev. Inst. Ciênc. Saúde.* 2009;27(3):214-9.

Costa JMS, Moura WEM, Campos JC, Pimenta TS, França JS. Prevenção da depressão em idosos institucionalizados no hospital Santo Antônio dos Pobres de Itaperuna-RJ. *Acta Biomedica Brasiliensia.* 2012; 3(1):52-62.

Cotta RMM, Suarez-Varela MM, Cotta Filho JS, Llopis Gonzalez A, Dias Ricòs JA, Real ER. La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud. *Rev Panam Salud Publica.* 2002;11(4):253-61.

Coutinho MPL, Gontíes B, Araújo LF, Sá RCN. Depressão um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. *Psicol USF.* 2003;8(2):182-91.

Dalsenter CA, Matos FM. Percepção na qualidade de vida em idosos institucionalizados na cidade de Blumenau (SC). *Dynamis rev. tecno-científica.* 2009;15(2):32-7.

Encenha AO, Silva PCA, Pucca PT, Ramos RS, Bravo RB, Costa RCV, Mendes RSL, Domingues SF, Moreira SVB, Teixeira MCTV. Construção de um teste de alfabetização científica sobre envelhecimento saudável. Uma análise de construto. *Boletim de Iniciação Científica em Psicologia.* 2006; 7(1):82-111.

Farquhar M. Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal Of Advanced Nursing.* 1995;22:502-8.

Feliciano AB, Moraes SA, Freitas ICM. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. *Cad. Saúde Pública*, 2004; 20(6):1575-85.

Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Res Bras Psiquiatr*. 1999;21(1):19-28.

Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(5):785-91.

Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2003;37(6):793-9.

Garcia A, Passos A, Campo AT, Pinheiro E, Barroso F, Coutinho G, et al. A depressão e o processo de envelhecimento. *Ciências e Cognição [série na internet]*. 2006 [acessado em 2013 jan 15];7. Disponível em: <http://www.cienciasecognicao.org/>

Goldfarb DC. *Corpo, tempo e envelhecimento [mestrado]*. São Paulo. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP); 1997.

Gonçalves VC, Andrade KL. Prevalência de depressão em idosos atendidos em ambulatório de geriatria da região nordeste do Brasil (São Luís-MA). *Rev Bras. Geriatr. Gerontol*. 2010;13(2):289-99.

Gorestein C, Andrade L. Validation of a portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State – Trait Anxiety Inventory in Brazilian Subjects. *Braz J Med Biol Res*. 1996; 29:453-57.

Gorzoni ML, Pires SL. Aspectos clínicos da demência senil em instituições asilares. *Rev Psiquiatr Clín*. 2006;33(1):18-23.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage internet]. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; c2011 [acesso em 2013 jan 15]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/fecundidade.html>

Kalache A, Kickbusch I. "A global strategy for healthy ageing". *World Health*. 1997;(4)4-5.

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963;185(12):914-9.

Leite VM, Carvalho EM, Barreto KM, Falcão IV. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2006; 6(1):31-8.

-
- Lima MG, Barros MBA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Alves MCGP. Comportamentos relacionados à saúde e qualidade de vida em idosos: um estudo de base populacional. *Rev. Saúde Pública*. 2011;45(3):485-93.
- Lima-Costa MF, Veras RP. Saúde pública e envelhecimento. *Cad. Saúde Pública*. 2003;19(3):700-1.
- Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchoa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):745-57.
- Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad. Saúde Pública*. 2003;19(3):735-43.
- Maciel ACC, Guerra RO. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no nordeste do Brasil. *J. Bras. Psiquiatr*. 2006;55(1):26-31.
- Marchon RM, Cordeiro RC, Nakano MM. Capacidade Funcional: estudo prospectivo em idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Rev Bras. Geriatr. Gerontol*. 2010;13(2):203-14.
- Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2000;5(1):7-18.
- Moraes H, Deslandes A, Ferreira C, Pompeu FAMS, Ribeiro P, Laks J. O exercício físico no tratamento da depressão em idosos: revisão sistemática. *Rev. Psiquiatr. RS*. 2007;29(1):70-9.
- Neri AL, Yassuda MS. Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos. Campinas: Papirus, 2004.
- Nunes VMA, Menezes RMP, Alchieri JC. Avaliação da qualidade de vida em idosos institucionalizados no município de Natal, estado do Rio Grande do Norte. *Acta Scientiarum Health Sciences*. 2010;32(2):119-26.
- Oliveira ERA, Gomes MJ, Paiva KM. Institucionalização e qualidade de vida de idosos da região metropolitana de Vitória-ES. *Esc. Anna Nery*. 2011;15(3):518-23.
- Organização Mundial da Saúde. Global forum for health research: the 10/90 report on health research. Genebra: OMS; 2000.
- Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev Saude Publica*. 2005; 39:918-23.
- Paschoal SMP. Desafios da longevidade: qualidade de vida. O mundo da saúde-São Paulo. 2005;29(4).

Paschoal SMP. Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2004.

Paschoal SMP. Qualidade de Vida do Idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. 2000. 263f. [Dissertação] (Mestrado em Medicina)– Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2000. Disponível em: <http://medicina.fm.usp.br/departamento/mpr/info_pos.html>.

Perlini NMOG, Leite MT, Furini AC. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontado por familiares. Rev. Esc. Enferm. USP. 2007;41(2):229-36.

Prefeitura Municipal de Agudos [homepage na internet]. São Paulo: Agudos; [acesso em 2012 fev 2]. Disponível em: <http://www.agudos.sp.gov.br/>

Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto epidoso. Cad. Saúde Pública. 2003;19(3):793-98.

Reis PO, Ceolim MF. O significado atribuído a “ser idoso” por trabalhadores de instituições de longa permanência. Rev. Esc. Enferm. Usp. 2007;41(1):57-64.

Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MERM. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. Rev Latino-am Enfermagem 2002; 10(6):757-64.

Sacilotto MC, Del Grossi RT, Sirol FN, Pessott ER, Sakabe Di, Silva E. Relação da frequência cardíaca e da potência no pico do teste ergométrico e no nível do limiar de anaerobiose de homens de meia-idade saudáveis e de hipertensos. Fisioter Mov. 2007;20(4):43-53.

Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2004;9(4):897-908.

Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad. Saúde Pública. 2004;20(2):580-8.

Stella F, Gobbi S, Corazza DJ, Costa JLR. Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. Motriz. 2002;8(3):91-8.

Sguizzatto GT, Garcez-Leme LE, Casimiro L. Evaluation of the quality of life among elderly female athletes. Sao Paulo Med J. 2006;124(5):304-5.

Silva ER, Sousa ARP, Ferreira LB, Peixoto HM. Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(6):1387-93.

The Hartford Institute for Geriatric Nursing. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL) [1998]. [texto on the Internet]. New York; 2005. [cited 2005 Nov 25]. Available from: <http://www.hartfordign.org/>

The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer Verlag, 1994. p 41-60.

Toledo MAV, Santos Neto LS. Depressão no idoso. In: Hargreaves LH, organizador. Geriatria. Brasília: Prodasen, 2006. p. 545-52.

Torres GV, Reis LA, Fernandes MH. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. J. Bras. Psiquiatr. 2009; 58(1):39-44.

Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. Rev. Bras. Epidemiol. 2005;8(3):246-52.

Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão de literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. Cad. Saúde Pública. 2003;19(3):705-15.

Veras RP, Caldas CP. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. Ciência & Saúde Coletiva. 2004;9(2):423-32.

Waldman EA. A transição epidemiológica: tendências e diferenciais dos padrões de morbimortalidade em diferentes regiões do mundo. O Mundo da Saúde. 2000; 24(1):10-8.

WHOQOL Group. The world health organization quality of life assessment: position paper from the world health organization. Social Science and Medicine. 1995; 41(10):1403-09.

World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/envelhecimentoativo.pdf>.

World Health Statistics 2012 – part III [tabela na internet]. World Health Organization. 2012 [acesso em 2013 abr 15]. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/EN_WHS2012_Part3.pdf

Anexos

ANEXO A – Termo de Aquiescência da Prefeitura Municipal de Agudos

Prefeitura Municipal de Agudos
Secretaria Municipal de Saúde

TERMO DE AQUIESCÊNCIA

Como parte da documentação solicitada pelo *Comitê de Ética em Pesquisa da FOB-USP* para a avaliação de projetos de pesquisas envolvendo seres humanos, declaro estar ciente da realização do trabalho **“Qualidade de vida e fatores associados em idosos institucionalizados e não institucionalizados do município de Agudos, São Paulo”** a ser realizado pela Profª Drª Magali de Lourdes Caldana e a pós-graduanda Mônica Lima França do Departamento de Ortodontia e Odontologia em Saúde Coletiva neste município.

O trabalho só será iniciado após aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

Bauru, 26 de abril de 2012.

Atenciosamente,

Altair Francisco Silva
Vice Prefeito
Secretário de Saúde

ANEXO B – Termo de Aquiescência do Abrigo Vicentino de Agudos

Prefeitura Municipal de Agudos
Secretaria Municipal de Saúde

TERMO DE AQUIESCÊNCIA

Como parte da documentação solicitada pelo *Comitê de Ética em Pesquisa da FOB-USP* para a avaliação de projetos de pesquisas envolvendo seres humanos, declaramos estar cientes da realização do trabalho **“Qualidade de vida e fatores associados em idosos institucionalizados e não institucionalizados do município de Agudos, São Paulo”** a ser realizada pela pós-graduanda Mônica Lima França e Profª Drª Magali de Lourdes Caldana do Departamento de Ortodontia e Odontologia em Saúde Coletiva, nesta unidade.

Informamos que o trabalho só poderá ser iniciado após aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

Bauru, 03 de maio de 2012.

Atenciosamente,

João Waldir Imenes
Presidente do Abrigo Vicentino

ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Faculdade de Odontologia de Bauru-USP

PROJETO DE PESQUISA

Título: Qualidade de vida e fatores associados em idosos institucionalizados e não institucionalizados do município de Agudos, São Paulo

Área Temática:

Pesquisador: Mônica Lima França

Versão: 1

Instituição: Faculdade de Odontologia de Bauru-USP

CAAE: 03016612.3.0000.5417

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 35939

Data da Relatoria: 30/05/2012

Apresentação do Projeto:

O envelhecimento é percebido e entendido de várias maneiras diferentes. Para seu estudo, deve-se considerar uma globalidade de fatores, como processos de ordem social, ambiental, econômico, cultural, psicológico e também biológico. Conforme os anos se passam, maior é o número de idosos e maiores são suas perspectivas de vida no Brasil e no mundo, diante desta realidade, evidencia-se a importância de garantir aos idosos não só uma sobrevida maior, mas também uma boa qualidade de vida. A OMS (1994) define qualidade de vida como a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente. À medida que um indivíduo envelhece, sua qualidade de vida é fortemente determinada por sua habilidade de manter autonomia e independência. Participarão deste estudo 40 idosos, sendo 20 institucionalizados e 20 idosos não institucionalizados do município de Agudos (SP), de ambos os sexos e idade mínima de 60 anos.

Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar a qualidade de vida e fatores associados em idosos institucionalizados e não institucionalizados do município de Agudos (SP) por meio de questionários.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos contidos no presente estudo são inerentes aos projetos deste tipo. Uma vez realizados a partir das normas preconizadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisas em Seres Humanos, obedecendo às normas de biossegurança e guardando o sigilo ético, pode-se afirmar que os riscos são próximos de zero. Os benefícios decorrentes desta pesquisa concentram-se na geração de novos conhecimentos generalizáveis.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não Há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica

Recomendações:

Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que toda documentação necessária foi apresentada sou de parecer pela aprovação da pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado acata o parecer considerado aprovado pelo relator.

BAURU, 13 de Junho de 2012

Assinado por:

Flávio Augusto Cardoso de Faria

ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido **Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru****Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva
Disciplina de Saúde Coletiva** **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Solicito a sua participação no estudo "Qualidade de vida e fatores associados em idosos institucionalizados e não institucionalizados do município de Agudos, São Paulo".

Esta pesquisa busca conhecer as necessidades da população idosa e os fatores que interferem na qualidade de vida por meio da aplicação de questionários. Para realizarmos tais procedimentos a sua participação é fundamental.

Os fonoaudiólogos pesquisadores irão verificar a saúde geral e mental dos idosos, a situação socioeconômica, capacidade funcional e qualidade de vida, com perguntas diretas. A seguir, serão propostas orientações para os gestores em saúde do município.

Os questionários serão aplicados no Abrigo Vicentino e Unidade de Saúde da Família da cidade de Agudos, não tendo qualquer custo para os participantes da pesquisa.

É importante ressaltar que não há riscos na realização do estudo, pois os mesmos não são invasivos e dependem da participação voluntária dos sujeitos.

Não haverá identificação do nome do participante e, caso você não aceite participar ou interrompa a sua participação durante a pesquisa, esta decisão será respeitada, sem prejuízos futuros. Ao final do trabalho, os participantes receberão o resultado encontrado.

Desde já agradecemos a sua colaboração e colocamo-nos à disposição para mais esclarecimentos que se fizerem necessários.

Se restar dúvidas, o participante poderá entrar em contato com a pesquisadora Mônica Lima França pelo telefone (14) 8159-8480, ou caso queiram apresentar alguma reclamação, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FOB/USP, pelo endereço Al. Dr. Octávio Pinheiro Briszolla, 9-75 (sala no prédio da Biblioteca, FOB/USP) ou pelo telefone (14) 3235-8356.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a)

portador da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa das informações constantes neste **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** concordando em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 29º do Código de Ética do Fonoaudiólogo).

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Bauru-SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Mônica Lima França

ANEXO E – Critério de Classificação Econômica Brasil

Questionário de Levantamento Sócioeconômico

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisor em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	4	4	4	4
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe da família

Analfabeto/primário incompleto	Analfabeto até 3ª série fundamental	0
Primário completo /ginásio incompleto	Até 4ª série fundamental	1
Ginasial completo/colegial incompleto	Fundamental completo	2
Colegial completo/superior incompleto	Médio completo	4
Superior completo	Superior completo	8

ANEXO F – Questionário de Estado de Saúde Geral**Entrevista sobre o estado de saúde geral**

1- Fuma?

☐ nunca☐ às vezes☐ sempre

2- Faz utilização de bebidas alcoólicas?

☐ nunca☐ às vezes☐ sempre

3- Apresenta problemas de memória?

☐ nunca☐ às vezes☐ sempre

4- Tem diabetes?

☐ sim☐ não

5- Tem hipertensão?

☐ sim☐ não

6- Apresenta problemas cardíacos?

☐ sim☐ não

7- Faz utilização de medicamentos?

☐ sim☐ não

Qual? _____

8- Já sofreu traumatismo crânio-encefálico (TCE)?

☐ sim☐ não

9- Já teve derrame (AVE)?

☐ sim☐ não

10- Outra enfermidade não mencionada? _____

ANEXO G – Índice de Katz

Índice de Katz

Nome: _____		Data da avaliação: ____/____/____
Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal		
Banho - banho de leito, banheira ou chuveiro		
☐ Não recebe assistência (entra e sai da banheira sozinho se essa é usualmente utilizada para banho)	☐ Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna)	☐ Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo
Vestir - pega roupa no armário e veste, incluindo roupas íntimas, roupas externas e fechos e cintos (caso use)		
☐ Pega as roupas e se veste completamente sem assistência	☐ Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos	☐ Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido
Ir ao banheiro - dirige-se ao banheiro para urinar ou evacuar; faz sua higiene e se veste após as eliminações		
☐ Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã)	☐ Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar urinol ou comadre à noite	☐ Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar
Transferência		
☐ Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador)	☐ Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio	☐ Não sai da cama
Continência		
☐ Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar	☐ Tem "acidentes" ocasionais * acidentes= perdas urinárias ou fecais	☐ Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente
Alimentação		
☐ Alimenta-se sem assistência	☐ Alimenta-se se assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão	☐ Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral

Fonte: Katz, 1963⁽¹²⁾

ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (0 pontos) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral
Banhar-se Pontos: ____	(1 ponto) Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho
Vestir-se Pontos: ____	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido
Ir ao banheiro Pontos: ____	(1 ponto) Dirigi-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre
Transferência Pontos: ____	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis	(0 pontos) Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira
Continência Pontos: ____	(1 ponto) Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e evacuar)	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga
Alimentação Pontos: ____	(1 ponto) Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa	(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral

Total de Pontos = ____	6 = Independente	4 = Dependência moderada	2 ou menos = Muito dependente
---------------------------	------------------	--------------------------	-------------------------------

Fonte: The Hartford Institute for Geriatric Nursing, 1998⁽²⁰⁾

ANEXO H – Inventário de Depressão de Beck

Inventário de Depressão de Beck

Nome: _____ Idade: _____ Estado Civil: _____
 Profissão: _____ Escolaridade: _____ Data de aplicação: _____ Pontuação: _____

Instruções

Neste questionário existem grupos de afirmações. Por favor leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir seleccione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação seleccionada. Se escolher dentro de cada grupo várias afirmações, faça um círculo em cada uma delas. Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

1.	6.
0 Não me sinto triste.	0 Não me sinto que esteja a ser punido(a).
1 Sinto-me triste.	1 Sinto que posso ser punido(a).
2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo.	2 Sinto que mereço ser punido(a).
3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.	3 Sinto que estou a ser punido(a).
2.	7.
0 Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro.	0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).
1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro.	1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).
2 Sinto que não tenho nada a esperar.	2 Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a).
3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.	3 Eu odeio-me.
3.	8.
0 Não me sinto fracassado(a).	0 Não me sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.
1 Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio.	1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros.
2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos.	2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas.
3 Sinto que sou um completo fracasso.	3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem.
4.	9.
0 Eu tenho tanta satisfação nas coisas, como antes.	0 Não tenho qualquer ideia de me matar.
1 Não tenho satisfações com as coisas, como costumava ter.	1 Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar.
2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa.	2 Gostaria de me matar.
3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.	3 Matar-me-ia se tivesse uma oportunidade.
5.	10.
0 Não me sinto particularmente culpado(a).	0 Não costumo chorar mais do que o habitual.
1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo.	1 Choro mais agora do que costumava fazer.
2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo.	2 Actualmente, choro o tempo todo.
3 Sinto-me culpado(a) durante o tempo todo.	3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.

11.

0 Não me irrita mais do que costumava.

1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.

2 Actualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).

3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.

12.

0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.

1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.

2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.

3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13.

0 Tomo decisões como antes.

1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.

2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.

3 Já não consigo tomar qualquer decisão.

14.

0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.

1 Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente.

2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente.

3 Considero-me feio(a).

15.

0 Não sou capaz de trabalhar tão bem como antes.

1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.

2 Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.

3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

16.

0 Durmo tão bem como habitualmente.

1 Não durmo tão bem como costumava.

2 Acordo 1 ou 2 horas antes que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.

3 Acordo várias vezes mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

17.

0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual.

1 Fico cansado(a) com mais dificuldade do que antes.

2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.

3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.

18.

0 O meu apetite é o mesmo de sempre.

1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.

2 O meu apetite, agora, está muito pior.

3 Perdi completamente o apetite.

19.

0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.

1 Perdi mais de 2,5 kg.

2 Perdi mais de 5 kg.

3 Perdi mais de 7,5 kg.

Estou propositadamente a tentar perder peso, comendo menos.

Sim _____ Não _____

20.

0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.

1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago, ou prisão de ventre.

2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.

3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

21.

0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual.

1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.

2 Sinto-me, actualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual.

3 Perdi completamente o interesse na vida sexual.

Total: _____

Classificação: _____

ANEXO I – WHOQOL-OLD**Protocolo WHOQOL-OLD****WHOQOL-OLD**

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

F25.1 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam sua vida diária?

Nada 1 Muito pouco 2 Mais ou menos 3 Bastante 4 Extremamente 5

F25.3 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada 1 Muito pouco 2 Mais ou menos 3 Bastante 4 Extremamente 5

F26.1 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada 1 Muito pouco 2 Mais ou menos 3 Bastante 4 Extremamente 5

F26.2 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada 1 Muito pouco 2 Mais ou menos 3 Bastante 4 Extremamente 5

F26.4 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada 1 Muito pouco 2 Mais ou menos 3 Bastante 4 Extremamente 5

F29.2 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada 1 Muito pouco 2 Mais ou menos 3 Bastante 4 Extremamente 5

F29.3 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada 1 Muito pouco 2 Mais ou menos 3 Bastante 4 Extremamente 5

F29.4 O quanto você tem medo de morrer?

Nada 1 Muito pouco 2 Mais ou menos 3 Bastante 4 Extremamente 5

F29.5 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada 1 Muito pouco 2 Mais ou menos 3 Bastante 4 Extremamente 5

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

F25.4 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada 1 Muito pouco 2 Médio 3 Muito 4 Completamente 5

F26.3 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada 1 Muito pouco 2 Médio 3 Muito 4 Completamente 5

F27.3 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada 1 Muito pouco 2 Médio 3 Muito 4 Completamente 5

F27.4 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada 1 Muito pouco 2 Médio 3 Muito 4 Completamente 5

F28.4 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada 1 Muito pouco 2 Médio 3 Muito 4 Completamente 5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

F27.5 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito insatisfeito1 Insatisfeito2 Nem satisfeito nem insatisfeito3 Satisfeito4 Muito satisfeito5

F28.1 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito insatisfeito1 Insatisfeito2 Nem satisfeito nem insatisfeito3 Satisfeito4 Muito satisfeito5

F28.2 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito1 Insatisfeito2 Nem satisfeito nem insatisfeito3 Satisfeito4 Muito satisfeito5

F28.7 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito1 Insatisfeito2 Nem satisfeito nem insatisfeito3 Satisfeito4 Muito satisfeito5

F27.1 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui pra frente?

Muito feliz 1 Infeliz 2 Nem feliz nem infeliz 3 Feliz 4 Muito feliz 5

F25.2 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim 1 Ruim 2 Nem ruim nem boa 3 Boa 4 Muito boa 5

As seguintes questões se referem a qualquer relacionamento íntimo que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

F30.2 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada 1 Muito pouco 2 Mais ou menos 3 Bastante 4 Extremamente 5

F30.3 Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada 1 Muito pouco 2 Mais ou menos 3 Bastante 4 Extremamente 5

F30.4 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada 1 Muito pouco 2 Médio 3 Muito 4 Completamente 5

F30.7 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada 1 Muito pouco 2 Médio 3 Muito 4 Completamente 5